



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO

Nº do Registro

Nome Completo	
Telefone	E-mail
Rede Social	Site Profissional
Ocupação Atual	

Documentos Fornecidos

<input type="checkbox"/> Carteira de Identidade Profissional
<input type="checkbox"/> Boletim de ocorrência alegando o roubo ou extravio da Carteira de Identidade Profissional
<input type="checkbox"/> Comprovante de pagamento proporcional a anuidade (se for o caso)
OBSERVAÇÕES: _____

A(o) Psicóloga(o) acima requer a este Conselho Regional de Psicologia da 19ª Região, o cancelamento de registro por motivo de:

_____.

Declara ter conhecimento de que, após deferimento do pedido de cancelamento, ficará impedida(o) de exercer a profissão, de acordo com a legislação federal vigente (seja em consultório, instituições, clínicas, escolas, empresas ou órgãos públicos, inclusive se o enquadramento funcional não for de psicólogo, mas exercer as atividades deste). Caso contrário, caracteriza-se exercício ilegal da profissão, podendo o CRP19/SE acionar os mecanismos de fiscalização.

O PEDIDO DE CANCELAMENTO SERÁ ACOMPANHADO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL OU BOLETIM DE OCORRÊNCIA, NOS CASOS DE FURTO, ROUBO OU EXTRAVIO.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura da(o) Psicóloga(o)

CAMPO RESERVADO AO CRP19/SE		Assinatura:	
Setor:			
Atendimento	Declara que recebeu os documentos assinalados acima.	em ____ / ____ / ____	
COE	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO	em ____ / ____ / ____	
COF	<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO	em ____ / ____ / ____	
Atendimento	Cancelamento efetivado no sistema	em ____ / ____ / ____	
Financeiro	Situação financeira avaliada	em ____ / ____ / ____	