



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

CRP-06/PJ

À (Ao) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região - SP (CRP/06).

A pessoa jurídica (razão social) _____

Nome fantasia _____

CNPJ nº _____, com sede na (Rua/Av) _____

nº _____, Bairro _____, CEP: _____, Cidade _____

UF _____, Telefone _____, ramal _____, e-mail _____

Site _____, por seu representante legal _____

_____, CPF _____, Tel: () _____

abaixo assinada(o), conforme o disposto na Lei nº 5766, de 20 de dezembro de 1971, no Decreto nº 79822, de 17 de junho de 1977 que a regulamenta, na Consolidação das Resoluções do Conselho Federal de Psicologia, vem respeitosamente à presença de V. Sa., requerer a INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA, por ter como objetivo social a prestação de serviços psicológicos a terceiros ou por ter psicóloga(o) na equipe de trabalho.

Para tal requerimento, declaro ter anexado os seguintes documentos obrigatórios:

- 1. Instrumento de constituição (Contrato Social, Requerimento de Empresário, Ata ou Estatutos)** da pessoa jurídica consolidado com as últimas alterações, registradas em Cartório competente ou na Junta Comercial (Será aceita autenticação digital dos documentos da Junta Comercial);
- 2. Documento que atribua poderes ao Representante Legal** (ex: ata de eleição e posse da diretoria, contrato social, procuração);
- 3. Requerimento de Inscrição / Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica**, devidamente preenchida e assinada pela(o) Psicóloga(o) indica da(o) como responsável técnica(o) e a(o) representante legal da pessoa jurídica (Será aceita assinatura com certificação digital. Ex: Gov.br);
- 4. Termo de Responsabilidade Técnica e Autorização para Envio de Comunicações Eletrônicas**, devidamente preenchido e assinado pela(o) Psicóloga(o) indicada(o) para a função (Será aceita assinatura com certificação digital. Ex: Gov.br);
- 5. Declaração Institucional para Garantia do Amplo e Livre Exercício Profissional** às/os psicólogas/os e responsáveis técnicas/os de psicologia, de acordo com o Código de Ética profissional da/o psicóloga/o e demais legislações (Será aceita assinatura com certificação digital. Ex: Gov.br);
- 6. Comprovante de vínculo de trabalho** da (o)(s) responsável(eis) técnica (o)(s), por meio dos seguintes documentos (carteira de trabalho, contrato de prestação de serviços, termo de adesão ao trabalho voluntário ou documento constitutivo da empresa, quando sócio);
- 7.** Se houver estagiários de Psicologia, cópia dos **termos de compromisso** firmados com as Universidades ou Faculdades;
- 8. Cartão CNPJ** ou documento emitido pela Internet (impressão atualizada do comprovante de inscrição CNPJ);

9. Se a entidade for filantrópica, documento que comprove ser de **utilidade pública**, estatuto e outros, devidamente registrados em Cartório, se houver;
10. Documento que regulamente as **normas de funcionamento** (ex: regimento interno), se houver;
11. **Certificado de Registro da Pessoa Jurídica em outro Conselho** de fiscalização Profissional, se houver;
12. Certificado de filantropia emitido pelo CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social), se houver;
13. Alteração Contratual que tenha ocorrido desde a constituição legal da Pessoa Jurídica até a presente data, autenticada;
14. Alvará ou Certificado de Licenciamento Integrado (CLI)

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura da(o) Representante legal da Pessoa Jurídica

Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica

Informações Administrativas

1 - Dados Cadastrais

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____ / _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: Av/ Rua _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (____) _____ E-mail: _____

O endereço indicado é o mesmo local da prestação do serviço de psicologia? [] sim [] não

Caso sejam endereços diferentes, informe abaixo o endereço da prestação dos serviços de psicologia:

Endereço: Av/Rua _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

1. Quadro Social

Sócios: _____

Representante legal da pessoa jurídica: _____

Informações Técnicas

Psicólogas/o(s) Responsável(is) Técnica/o(s) pelas atividades de Psicologia:

Nome: _____ n° do CRP: _____

Relação de outros psicólogos na Instituição:

Nome: _____ n° do CRP: _____

Forma de prestação de serviço da pessoa jurídica (assinalar todas opções que se apliquem):

- Presencial;
- Remoto / Online
- Híbrido (Presencial e Remoto/online)

Áreas de atuação da Pessoa Jurídica (assinalar todas as opções que se apliquem):

- Clínica
- Organizacional e do Trabalho
- Tráfego
- Esporte
- Escolar/Educacional
- Psicomotricidade
- Neuropsicologia
- Avaliação Psicológica
- Psicopedagogia
- Saúde
- Hospitalar
- Orientação Profissional/Vocacional
- Cursos/Formações
- Ambiental
- Social/Comunitária
- Jurídica

Tipo de Instituição:

- Ambulatório
- APAE
- Assistência Social
- CAPS
- CeCCo
- Centro de Referência Para Mulheres
- Centro de Saúde
- Clínica / Consultório
- Clínica ABA
- Clínica de Reabilitação
- Clínica Neuropsicológica
- Comunidade Terapêutica
- Consultoria
- Cooperativa
- CRAS
- CREAS
- Creche
- Defensoria Pública
- Escola

- Esporte
- Fundação Casa
- Home Care
- Hospital
- Hospital de Custódio
- Hospital Psiquiátrico
- ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosas/os
- Instituto
- Judiciário
- Medidas Socioeducativas
- Ministério Público
- NAPS
- NASF
- ONG
- Plataforma de Atendimento Remoto / On-line
- Polícia
- Porte de Armas
- Pronto Atendimento
- Prefeitura
- Recrutamento e Seleção
- Recurso Humanos
- Residência Multiprofissional
- Residência Terapêutica
- Saúde do Trabalhador
- Segurança Pública
- Serviço de Acolhimento
- Serviço-Escola
- SESI
- Sistema Prisional
- Tráfego / Detran
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- Outros: _____.

Público atendido (marque todas as opções que se apliquem):

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos
- Mulheres
- Pessoa Com Deficiência
- População LGBTQIAPN+
- População Preta/Negra
- População em Situação de Rua
- Povo Tradicionais
- Usuário de Álcool e outras Drogas
- Outras
- Não se Aplica

A PJ possui acessibilidade para pessoas com deficiência:

- Sim Não

A/o(s) psicóloga/o(s) possui(em) domínio para atendimento em LIBRAS:

- Sim Não

Assinale, dentre as seguintes, quais atividades são/serão realizadas na empresa pela/o(s) psicólogo/a(s):

- Atendimento Clínico
- Avaliação psicológica para cirurgias
- Avaliação psicológica para registro e porte de armas de fogo
- Avaliação Neuropsicológica
- Práticas Integrativas e Complementares
- Ações/Intervenções de Atenção e/ou Prevenção à Violência Interpessoal
- Ações/Intervenções de Atenção e/ou Prevenção Auto-Provocada e Suicídio
- Atividades em Regime de Internação ou Acolhimento para Pessoas em Uso/Abuso de Álcool e Outras Drogas (*Caso marque essa opção deverá apresentar documentação de acordo com a Resolução CFP 13/2019*).
- Atividades Relacionadas a Serviços que realizem Internações Psiquiátricas
- Atuação Especializada em Emergência e Desastres
- Atuação referente à Segurança no Trabalho
- Atenção Socioeducativa
- Atendimento Psicossocial
- Orientação Profissional / Vocacional
- Palestras / Cursos / Workshops
- Seleção, Treinamentos e Desenvolvimento
- Supervisão de Estagiárias/os em Psicologia
- Outras Atividades

Responsáveis pelas Informações

Declaramos, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas nesta ficha correspondem à realidade e que qualquer alteração será enviada ao CRP/06, bem como assegurar aos profissionais psicólogos/os atribuições compatíveis com as exigências legais, éticas e de dignidade profissional e absoluta autonomia em assuntos técnicos.

Nome da/o Representante Legal da Pessoa Jurídica: _____

Nome da/o Responsável Técnica/o: _____

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura da/o Representante Legal

Assinatura da/o Responsável Técnica/o*

**Ambos os campos deverão ser assinados, ainda que a/o Representante Legal e a/o Responsável Técnica/o sejam a mesma pessoa. Se houver mais de uma/um responsável, todas/os deverão assinar.*