CRP 09 GOIÁS
CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA

Autuação de Processos

Em _____/_____/20_____, recebi e protocolei esta solicitação de **Cancelamento de Inscrição de PJ** o que originou este processo sob o n.º _____/20_____.

_____
Assinatura e carimbo

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
Proc. _____
Fl. _____
Rubrica _____
GO

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA JURÍDICA

Razão Social:

Nome fantasia:

CNPJ: __.___.___/____-__ Número de Inscrição: CRP09/ _____

Na qualidade de representante legal da PJ referida acima, solicito o cancelamento de sua inscrição neste Conselho Regional de Psicologia - 9ª Região, por motivo de:

☐ Encerramento das atividades da PJ;

☐ Encerramento das atividades de psicologia;

☐ Outro(s): _____

_____

Para tanto, apresentei os seguintes documentos:

☐ Certificado de registro/cadastro emitido pelo CRP-09

☐ Distrato Social registrado na Junta Comercial ou Cartório;

☐ Baixa na Inscrição da PJ na Prefeitura;

☐ Alteração contratual, constando exclusão dos serviços de psicologia - registrada na Junta Comercial ou Cartório;

☐ Declaração referente ao Destino do Material Psicológico produzido na PJ;

☐ Outro(s): _____

Neste ato, declaro estar ciente de que a PJ fica impedida de prestar serviços de psicologia a terceiros, enquanto estiver vigorando o cancelamento, conforme a Legislação vigente. Caso contrário, caracteriza-se a prática de infração, ficando a PJ sujeita às penalidades previstas em lei.

Estou ciente, também, que meu requerimento será encaminhado para análise da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP09, a qual, exercendo seu papel de orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de psicólogo e de zelar pela fiel observância dos princípios de ética e disciplina da categoria, garantido pelo Decreto nº 79.822/1977, poderá solicitar novas informações e/ou documentos para fins de comprovação da procedência do requerimento de cancelamento de inscrição.

Informo que a resposta a este requerimento deverá ser encaminhada para o seguinte endereço:

Bairro

CEP

Município

UF

Telefone Comercial (DDD)

Telefone Celular (DDD)

Fax (DDD)

Telefone Contato (DDD)

E-mail:

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente documento e aguardo deferimento.

_____ - ____, ____/____/____ _____

Cidade UF Data Assinatura