



Conselho Regional de Psicologia da Nona Região

**REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DE CERTIFICADO DE P.J.**

**CRP-09/20.** \_\_\_\_\_

À (Ao) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 09ª Região,

A pessoa jurídica (**razão social**) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
**Nome fantasia** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
CNPJ nº \_\_\_\_\_, com sede na

(Rua/Av) \_\_\_\_\_,

nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

UF \_\_\_\_\_, Telefones \_\_\_\_\_, 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 RENOVAÇÃO DE CERTIFICADO DE P.J.**, em razão de sua atividade principal, por ter como objetivo social a prestação de serviços psicológicos a terceiros ou por ter psicóloga(o) na equipe de trabalho.



## Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica

### INFORMAÇÕES ADMINISTRATIVAS

#### - Dados Cadastrais:

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Endereço: Av/ Rua \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**1- 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 \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

#### **2- Quadro Social**

-Sócios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



-Representante legal da pessoa jurídica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES TÉCNICAS

#### 1- Responsável (is) Técnico (s) pelas atividades de Psicologia:

Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_

#### 2- Relação de outros psicólogos na Instituição:

Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ nº do CRP: \_\_\_\_\_



**3- Relação de outras profissões envolvidas nas atividades da Pessoa Jurídica e seus respectivos números de registros profissionais nos Conselhos de Fiscalização Profissional:**

Nome: \_\_\_\_\_ nº de Registro: \_\_\_\_\_

**4- Caracterização das Atividades da Pessoa Jurídica**

A entidade caracterizada presta serviços de Psicologia desde - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_ horas às \_\_\_\_\_ horas

Forma de prestação de serviço da pessoa jurídica: \_\_\_\_\_

**5- Áreas de atuação da Pessoa Jurídica (marque as opções correspondentes):**

• Clínica

• Organizacional e do Trabalho

• Trânsito

• Esporte

• Escolar/Educacional

• Psicomotricidade

• Neuropsicologia

• Avaliação Psicológica

• Psicopedagogia

• Saúde

• Hospitalar

• Orientação Profissional/Vocacional

• Cursos/Capacitação

• Ambiental

• Social/Comunitária

• Jurídica



**6- Faixa Etária do público atendido (marque as opções correspondentes):**

- Crianças
- Adolescentes
- Adultos
- Idosos

**7- Modalidade(s) de prestação de serviços:**

- Individual
- Casal/Família
- Grupal/Equipes

**- Público Atendido:**

**8- Possui projetos quanto à acessibilidade:**

- Sim
- Não

**9- Habilitação para atendimento em LIBRAS:**

- Sim
- Não

**10-** Informe as atividades da Psicologia, bem como os instrumentos utilizados (ex: dinâmicas de grupo, observações, escuta, entrevista psicológica, provas situacionais, recursos lúdicos, testes psicológicos, questionários):

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**11-** Se houver outros profissionais envolvidos, informe as atividades por eles realizadas e de que forma estas estão associadas à Psicologia.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**12-** Existem outras atividades que acontecem dentro da pessoa jurídica?

- ( ) • Sim
- ( ) • Não

-Se houver, descreva essas atividades prestadas tanto por funcionários como por voluntários:

---

---

---



**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-09, bem como assegurar aos profissionais psicólogos atribuições compatíveis com as exigências legais, éticas e de dignidade profissional e absoluta autonomia em assuntos técnicos.**

**1-** Nome do Representante Legal da Pessoa Jurídica:

---

---

---

**2-** Nome do Responsável Técnico:

---

---

---

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

---

---

Assinatura do(a) **Representante Legal**

---

---

---

Assinatura do(a) **Responsável Técnico(a)**

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