Ficha Cadastral de Pessoa Jurídica

(**Obrigatoriamente todos os campos devem ser preenchidos**)

Informações Administrativas

1 - 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/

CEP:

Nº Complemento:

Bairro:

Cidade UF:

1. Quadro Social

Sócios Representante legal da pessoa jurídica:

Informações Técnicas

Responsável (is) Técnico (s) pelas atividades de Psicologia:

Nome: nº do CRP: Nome: nº do CRP:

Relação de outros psicólogos na Instituição (informar quando não tiver outros psicólogos):

Nome nº do CRP:

Nome \_nº do CRP:

Obs: caso a quantidade ultrapasse o número de psicólogos a cima, se faz necessário o envio de uma relação dos demais psicólogos, constando o nome e o número do CRP.

Relação de outras profissões envolvidas nas atividades da Pessoa Jurídica e seus respectivos números de registros profissionais nos Conselhos de Fiscalização Profissional (informar quando não tiver outras profissões envolvidas):

Nome nº de Registro:

Nome nº de Registro:

Obs: caso a quantidade ultrapasse o número de fincionários a cima, se faz necessário o envio de uma relação dos demais profissionais, constando o nome e número de registro/cargo ocupado.

1 - 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:

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

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

[ ] Crianças

[ ] Adolescentes [ ] Adultos

[ ] Idosos

[ ] Individual

[ ] Casal/Família

[ ] Grupal/Equipes

Modalidade(s) de prestação de serviços:

Público atendido:

[ ] Sim

[ ] Não

[ ] Sim

[ ] Não

Possui projetos quanto a acessibilidade:

Habilitação para atendimento em LIBRAS

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):

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

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

Nome do Representante Legal da Pessoa Jurídica:

Nome do Responsável Técnico:

, de de

Assinatura do Representante Legal da pessoa jurídica

Assinatura do Responsável Técnico\*

Ambos os campos deverão ser assinados, ainda que o Representante Legal e o Responsável Técnico sejam a mesma