

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/ _____ Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____
Cidade _____ UF: _____

2. 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 funcionários 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

Modalidade(s) de prestação de serviços:

- Individual
- Casal/Família
- Grupal/Equipes

Público atendido: _____

Possui projetos quanto a acessibilidade:

Sim

Não

Habilitação para atendimento em LIBRAS

Sim

Não

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