



**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO**

Rua Professor Bayer Filho, nº. 110 – Coqueiros  
CEP: 88080-300 Florianópolis – SC  
Site: [www.crp.org.br](http://www.crp.org.br)

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

À (Ao) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 12ª Região – SC (CRP/12).

A pessoa jurídica (razão social) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ vem requerer, por seu representante legal, 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., a **INSCRIÇÃO DE COMUNIDADE TERAPÊUTICA**, em razão de sua atividade, por ter psicóloga(o) na equipe de trabalho.

**Documentos**

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

- 1. Cópia simples acompanhada da original ou cópia autenticada do instrumento de constituição (Contrato Social, 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. Cópia simples acompanhada da original ou cópia autenticada de documento que atribua poderes ao Representante Legal** (ex: ata de eleição e posse da diretoria, contrato social, procuração);
- 3. Cartão CNPJ ou documento emitido pela Internet** (impressão atualizada do comprovante de inscrição CNPJ);
- 4. Cópia simples do 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);
- 5. Certidão Negativa ou Certidão Positiva com Efeito de Negativa da(o) psicóloga(o)** indicada(o) como Responsável Técnica(o), que ateste sua regularidade perante o Regional;
- 6. Termo de Ciência do sócio proprietário. ([formulário](#))**;
- 7. Termo de Responsabilidade Técnica**, devidamente assinado pela(o) psicóloga(o), de acordo com o estabelecido no Conselho Regional de Psicologia ([formulário](#));
- 8. Cópia de Alvará da Vigilância Sanitária** vigente e de **Alvará de localização e funcionamento**;
- 9. Ofício informando o nome da(o) responsável técnica(o) pela instituição, carga horária, horário de trabalho e vínculo empregatício**;
- 10. Projeto Terapêutico Institucional**, ou documento equivalente, explicitando os objetivos gerais e específicos do acompanhamento, bem como metodologia de trabalho que preze pela autonomia e reinserção social das(os) usuárias(os) (observar os art. 5º e 6º da Resolução CFP Nº 13/2019);
- 11. Registro de cadastro de entidade, realizado junto à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) e/ou Conselhos Estaduais e/ou Municipais de Políticas**

sobre Drogas;

Obs.: As cópias que não forem autenticadas deverão ser conferidas com o original no Conselho Regional de Psicologia-CRP-12.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante legal da Pessoa Jurídica

**A SER PREENCHIDO PELO CRP-12**

Documentos e formulários conferidos no ato.	Parecer favorável ao deferimento.	Pagamentos em ordem. ( ) Isento.
_____ Secretaria/Encarregado	_____ Conselheira(o)	_____ Adm. Financeiro
Deferido em: ____/____/____.  ( ) Plenária Ordinária ( ) Plenária Extraordinária ( ) Diretoria "Ad referendum"  _____ Conselheira(o)		Anotações gerais: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____