



## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT)

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

Eu, \_\_\_\_\_ Psicóloga(o)  
inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia da \_\_\_\_ª Região, sob o nº \_\_\_\_\_,  
R.G. \_\_\_\_\_, C.P.F. \_\_\_\_\_,

RESPONSABILIZO-ME TÉCNICAMENTE pelo(s) Serviço(s) de Psicologia:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Prestado(s) na Pessoa Jurídica \_\_\_\_\_  
localizada à \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_, e inscrita neste Conselho sob o  
Nº \_\_\_\_\_, na forma de: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_ Cadastro \_\_\_\_\_

Comprometo-me a cumprir o disposto na Resolução CFP nº 006/2019 (ou resolução vigente).

Horário de Trabalho da(o) Responsável Técnica(o):

Dias da Semana	Horário
	às
	às
	às
	às
	às

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) Responsável Técnica(o) e nº CRP

Contatos

Comercial: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

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