



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 18ª REGIÃO MT
 Rua 40, 120, Boa Esperança - CEP 78068-536 – Cuiabá/MT
 Fone (65) 3627-7188 - Site: www.crpmt.org.br - E-mail: crpmt@crpmt.org.br

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO PESSOA FÍSICA

Eu, _____

CRP nº _____, venho requerer a este Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região MT o cancelamento de meu registro por motivo de: _____

Declaro estar ciente de que não poderei exercer a profissão de Psicólogo(a) sem proceder à reativação de meu registro no Conselho Regional de Psicologia, sabedor de que o não atendimento deste dispositivo caracterizará o exercício ilegal da profissão, conforme lei 5.766, art. 10 e Decreto 79.822, art. 1º.

Declaro estar ciente de que o cancelamento do registro de pessoa física será autorizado mediante o pagamento dos débitos, conforme Resolução CFP Nº 018/2000.

Declaro que não ocupo vaga ou cargo que tenha como requisito o exercício da profissão de psicólogo.

Documento apresentado:

Cédula de Identidade Profissional

Boletim de Ocorrência Policial

Já foi responsável técnico por alguma pessoa jurídica? Não Sim

em caso afirmativo, informe a razão social da empresa: _____

Possui Inscrição Secundária em algum Regional? Não Sim Qual? _____

Nestes termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura da(o) Requerente

Atenção!

1. É obrigatória a devolução da Cédula de Identidade Profissional ao requerer o cancelamento do registro. Em caso de extravio ou furto/roubo da Cédula de Identidade Profissional, deverá ser apresentado o Boletim de Ocorrência Policial.
2. Todos os campos são de preenchimento obrigatório para efetivação do cancelamento.

Dados para contato

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____ E-mail: _____

Último local de trabalho (ou atual)

Rua: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Fone: _____

Data do recebimento no CRP 18-MT: _____

PREENCHIMENTO PELO CRP

Débitos pagos:		Débitos renegociados:	
Sim	Não	Sim	Não
Data: ____/____/____		Data: ____/____/____	
_____ Funcionária(o) da Sede			

Parecer favorável ao deferimento na plenária número _____ realizada em ____/____/____, sob o número de processo _____ _____ Conselheiro(a) Presidente
