



**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 INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA**

CRP nº \_\_\_\_\_

Nome Completo \_\_\_\_\_

Nome Social \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_

Naturalidade/UF (Cidade/UF) \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

RG/Identidade \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor/UF \_\_\_\_\_

Data de Expedição \_\_\_\_\_

CPF nº \_\_\_\_\_

Título Eleitoral nº \_\_\_\_\_

Zona \_\_\_\_\_

Seção \_\_\_\_\_

Certif. Disp./Reservista Militar nº \_\_\_\_\_

Reg.Alistamento nº \_\_\_\_\_

Filiação: \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Raça/Cor:

Branca

Negra

Parda

Amarela(oriental)

Índigena

É portador de deficiência? Se sim, qual?

Não

Auditiva

Física

Visual

Instituição de Ensino Superior \_\_\_\_\_

Campus \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

Data de Colação de Grau \_\_\_\_\_

Registro do Diploma Nº: \_\_\_\_\_

Folha \_\_\_\_\_

Livro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

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

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

Nº / Apto Nº \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

Telefone Residencial \_\_\_\_\_

Telefone Comercial \_\_\_\_\_

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

Telefone para recados: \_\_\_\_\_

Como/onde deseja receber sua Cédula de Identidade Profissional?

Correios

Sede

**Obs: envio pelos correios somente para cidades onde não há sede.**

Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Psicologia 18ª Região MT:

A(o) Psicóloga(o) acima caracterizada(o), que a seguir assina, afirma serem verdadeiros seus dados aqui constantes e requer sua inscrição neste Conselho, nos termos da legislação em vigor.

Declara, outrossim, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que não exerceu a profissão até esta data sem o devido registro (§1º do Art.13 da Lei 4.119/62 e Dec. 53.464/64), e que está ciente que caso deixe de exercer a profissão de Psicólogo(a) deve solicitar o cancelamento da Inscrição profissional, conforme Resolução CFP N.º 018/2000.

Declaro estar ciente da obrigatoriedade em atender o disposto na Resolução CFP n. 003/2007, que solicita a substituição da Certidão de Colação de Grau pelo diploma de Formação De Psicólogo no prazo de 2 anos, contados da data de inscrição do profissional. E ainda, estar ciente ao que dispõe a Portaria n. 015/2016, que institui a cobrança de taxa de emissão de carteira após o vencimento.

Tipo de Inscrição requerida:

Principal

Formado há mais de um ano

Secundária - Nº do CRP de origem: \_\_\_\_\_

Reativação

Transferência - Nº do CRP de origem: \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura da(o) Requerente

**PREENCHIMENTO PELO CRP**

<p>Anuidade / Taxas de pagamento</p> <p>Sim                      Não</p> <p>Data do pagamento _____ / _____ / _____</p> <p>_____ Funcionária(o) da Sede</p>	<p>Parecer favorável ao deferimento na plenária número _____ realizada em _____ / _____ / _____, sob o número de processo _____</p> <p>_____ Conselheiro(a) Presidente</p>	<p>Documentos conferidos na Sede. Colação de grau confirmada?</p> <p>Sim                      Não</p> <p>_____, _____ / _____ / _____</p> <p>_____ Conselheiro(a) Secretário(a)</p>
---	--	---