



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 PESSOA JURÍDICA

Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Site: _____

CNPJ nº: _____

Identificação dos(as) sócios(as) ou representantes legais: _____

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Nome: _____

CPF: _____ Telefone: _____

Nome da(o) Responsável Técnica(o): _____

Nº do CRP: _____

Declaro sob as penas da Lei que todas as informações prestadas nesta ficha correspondem à realidade e que apresentarei a documentação da PJ atualizada anualmente no ato da solicitação de renovação do Certificado PJ, o qual declaro estar ciente que devo fixar em local visível no estabelecimento.

* Informar no verso croqui de localização. _____, _____ de _____ de _____

 Nome completo do sócio/representante

 Assinatura do sócio/representante

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>Recebido em: ____/____/____</p> <p>Funcionário (a) da Sede:</p> <p>_____</p>
---	--	---