



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 _____

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:	É portador de deficiência? Se sim, qual?			
Branca Negra Parda Amarela(oriental) Indígena	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 18º 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 Psicóloga(o) 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

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