



CONSELHO  
REGIONAL DE  
PSICOLOGIA  
MINAS GERAIS

## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, \_\_\_\_\_  
Psicóloga(o) inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia da 4ª Região, sob o nº  
\_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, C.P.F. \_\_\_\_\_,  
Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
Celular2 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_.

### Responsabilizo-me Tecnicamente pelo(s) seguinte(s) Serviço(s) de Psicologia:

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

Prestado(s) na Pessoa Jurídica \_\_\_\_\_,  
CNPJ \_\_\_\_\_ CRP-04/PJ \_\_\_\_\_ localizada à  
\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_  
Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_.

E assim o compromisso de:

- I – acompanhar frequentemente os serviços de Psicologia prestados;
- II – zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas, pela qualidade dos serviços e pela guarda do material utilizado, adequação física e qualidade do ambiente de trabalho utilizado;
- III – comunicar, formalmente, ao Conselho Regional de Psicologia o seu desligamento da função ou o seu afastamento da Pessoa Jurídica;
- IV – comunicar ao Conselho Regional de Psicologia as situações de possíveis faltas éticas.

Declaro que a carga horária a ser cumprida na função de RT será a descrita abaixo, considerando inclusive as atribuições desta(e) profissional relacionadas às atividades da Psicologia desenvolvidas neste local, conferindo condições adequadas para o desempenho das responsabilidades definidas e de forma a não encontrarem-se acumuladas no que tange ao período de dias e horários com a responsabilidade técnica assumida em outra PJ.



CONSELHO  
REGIONAL DE  
PSICOLOGIA  
MINAS GERAIS

## DIAS E HORÁRIOS DE TRABALHO DA(O) RESPONSÁVEL TÉCNICA(O)

Indicar horários e intervalos completos e corretos, conforme exemplo abaixo:

**Exemplo:** Horário de início: 7h00 / intervalo: de 12h00 às 13h00 /encerramento:17h00

Dia da semana	Horário de início da jornada	Horário de intervalo	Horário de encerramento da Jornada
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
Sábado			

Acumula função de RT por serviços de psicologia de outra Pessoa Jurídica? ( )Sim ( )Não

Qual? (Nome da Pessoa Jurídica, CNPJ e cidade): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro compatibilidade de horários para cumprimento das funções de Responsável Técnico nas Pessoas Jurídicas citadas.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) Responsável Técnica(o)  
**com reconhecimento de firma da(o) mesma(o),**  
conforme anexo IV da Resolução  
CFP nº 16/2019