

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**  
**CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**

**INSTRUÇÕES PARA REQUISITAR CADASTRO PROFISSIONAL**

1. *Carta manuscrita manifestando interesse no cadastramento*
2. *Curriculum vitae com comprovação de títulos e documentos com informações direcionadas ao trabalho clínico.*
3. *Apresentar original e cópia do registro profissional (CRFA).*  
*Caso seja recém formado apresentar o protocolo original e uma cópia do registro provisório.*
5. *Uma foto ¾ recente*
6. *Estar em concordância com as normas para cadastramento.*
7. *A entrega da documentação e cadastramento ocorrerá no seguinte local:*

SECRETARIA DAS CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA

Av. Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 (4º Andar)

Bairro Planalto - São Bernardo do Campo – CEP: 09895-400

Tel: 4366-5359 Clínica-Escola de Psicologia

4366- 5358 Clínica-Escola de Fonoaudiologia

**A/C Clínica-Escola de Psicologia e Fonoaudiologia**

**Ref: cadastramento de Profissionais**

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**  
**CLÍNICAS-ESCOLA DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**

**CADASTRAMENTO DE PROFISSIONAIS**  
**NORMAS PARA CADASTRAMENTO**

*1. As solicitações ficam sujeitas à apreciação da Equipe Técnica das Clínicas-Escola na especialidade em referência, sendo cadastrados somente os profissionais que forem aprovados.*

*2. O cadastramento terá validade de 2 anos. Ao profissional cadastrado cabe o compromisso de:*

*a) Ter disponibilidade de atender no mínimo dois clientes encaminhados pela Rede de atendimento cobrando por entrevista / sessão, valores que estejam dentro da faixa estipulada pelas Clínicas-Escola de Psicologia e Fonoaudiologia, a saber:*

*- 6 a 10% do salário mínimo em vigor conforme a Medida Provisória nº 421 de 29 de fevereiro de 2008 – DOU DE 29/02/2008 - Ed Extra*

*b) Manter pelo prazo mínimo de um ano a cobrança de honorários destes clientes dentro da faixa discriminada no encaminhamento.*

*c) Informar imediatamente a Equipe Técnica das Clínicas-Escola, por escrito (carta, e-mail ou fax), as combinações decorrentes da entrevista inicial (efetivação de contrato, desistência do cliente, impossibilidade de atendimento por parte do profissional, etc.) apresentando assinatura do cliente e justificativa.*

*d) Manter seus dados cadastrais sempre atualizados através de formulário de cadastramento.*

*3. O cadastrado deverá, quando solicitado pela Equipe Técnica, comparecer às Clínicas-Escola de Psicologia e Fonoaudiologia ou contatar através do*

*telefone 4366-5358, deixando recado à Equipe Técnica com seu nome completo e telefone para contato.*

*4. O cadastrado poderá:*

*a) Estipular o número máximo de clientes que se dispõe a atender nas condições requeridas pelo cadastramento.*

*b) Solicitar o cancelamento do cadastramento a qualquer tempo comprometendo-se, no entanto, a observar as normas do mesmo com aqueles clientes que já estiverem em atendimento.*

*5. A Equipe Técnica das Clínicas-Escola reserva-se o direito de:*

*Averiguar quaisquer queixas relativas a procedimentos que estiverem em desacordo com o Código de Ética dos profissionais em referência e/ou com as presentes normas, descredenciar o cadastrado, notificando-o com antecedência e encaminhar queixa aos Conselhos de Classe dos profissionais em questão.*

***Declaro estar ciente das normas que regem este cadastramento, comprometendo-me com seu cumprimento integral.***

São Bernardo do Campo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Registro Profissional: \_\_\_\_\_

***OBS: Assinatura deverá estar reconhecida em cartório.***

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**  
**CLÍNICAS-ESCOLAS DE PSICOLOGIA E FONOAUDIOLOGIA**

**Ficha Cadastral**

FOTO

Nome:		
Sexo: ( ) F ( ) M    Data de Nasc. ____/____/____    Idade:		
Profissão:		Registro Profissional:
Endereço do Consultório:		
CEP:	Bairro:	
Município: ( ) SBC ( ) S.A ( ) S.C.S. ( ) Diadema ( ) Mauá ( ) Outros Quais: _____		
Estado: São Paulo    Ponto de Referência:		
Consultório (TEL):		FAX:
ATENDIMENTO	CLÍNICA ( )	HEMECARE( )
Celular:		E-Mail:
Disponibilidade para atender _____ clientes cobrando a faixa de pagamento estipulada pela Clínica-Escola.		
Tipo de Clientela ( ) Crianças ( Faixa etária de _____ a _____ ) ( ) Adolescentes ( Faixa etária de _____ a _____ ) ( ) Adultos ( ) Idosos ( ) Famílias		
( ) Casal ( ) atendimentos específicos. Quais? _____ Demandas que não atende:		

Idiomas que atende:
Orientação teórico-metodológica:
Valor da Sessão: R\$
Convênio ( ) Sim ( ) Não Quais? _____
Cooperativa ( ) Sim ( ) Não Qual?
OBS:
Assinatura

#### Uso Específico das Clínicas-Escola

Data de cadastramento: ____/____/____
Validade do Cadastro: ____/____/____

|

Declaração (Modelo)

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nome completo)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(Profissão) (Registro Profissional)

consultório situado à \_\_\_\_\_,

nº. \_\_\_\_\_ bairro \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,

Telefone \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

informo que \_\_\_\_\_

Nome completo da pessoa recomendada

sob o registro profissional \_\_\_\_\_ realiza há \_\_\_\_\_ com

freqüência \_\_\_\_\_

Supervisão individual

Supervisão em grupo

Grupo de estudo

Psicoterapia Individual

Curso

Outros: \_\_\_\_\_

Declaro que nada tenho a informar que o (a) desabone em relação a sua atividade profissional como \_\_\_\_\_

Especialidade

Outras Observações que julgar pertinente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura