

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. *Declaração com assinatura reconhecida em cartório*
3. *Curriculum vitae com comprovação de títulos e documentos com informações direcionadas ao trabalho clínico.*
4. *Declaração de supervisão (obrigatório - Psicologia)*
5. *Apresentar original e cópia do registro profissional, (CRP ou equivalente).*
Caso seja recém formado apresentar o protocolo original e uma cópia do registro provisório.
6. *Uma foto ¾ recente*
7. *Estar em concordância com as normas para cadastramento.*
8. *A entrega da documentação e cadastramento ocorrerá no Campus Planalto horário das 7:30 às 17:00 hs no endereço abaixo citado. No local será emitido um boleto no valor de R\$50,00 que será pago dentro da Instituição.*

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: 4366-5358 Clínica-Escola de Psicologia e 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.

DECLARAÇÃO

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

Profissional: Psicólogo Psicopedagogo

FOTO

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

| |
|---------------------------------------|
| Orientação teórica/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