

Oportunidade para Psicólogos da área de Avaliação Psicológica

A Brigada Militar (BM) está entrando em contato com os psicólogos credenciados pela Polícia Federal, que realizam avaliação para porte de arma de fogo, com o intuito de comunicar que será realizada uma seleção para psicólogos que tenham experiência e estudo comprovados na área de avaliação psicológica e que tenham interesse em se credenciar pela BM para realizar avaliação psicológica para porte de arma de fogo nos policiais militares inativos da corporação.

Não haverá qualquer tipo de vínculo empregatício com a instituição, ou seja, o militar inativo se responsabilizará em pagar o valor fixo de 150,00 (valor estipulado pela tabela do conselho federal de psicologia) diretamente ao psicólogo para que realize avaliação psicológica. Este valor não pode ser negociado. Caso ocorra qualquer descumprimento das regras, o psicólogo será descredenciado.

Estes profissionais serão selecionados para receber encaminhamentos da instituição, onde estarão inscritos em uma lista de profissionais credenciados. O trabalho tem caráter de grande seriedade e os profissionais credenciados serão fiscalizados. Os psicólogos serão credenciados por regiões e conforme necessidades da Brigada Militar.

Tal credenciamento faz-se necessário visto que a partir de março de 2012, conforme a nova *Nota de Instrução de Saúde da BM**, SOMENTE os psicólogos credenciados pela BM poderão realizar avaliação psicológica para Porte de Arma de Fogo nos militares estaduais inativos da Brigada Militar. Ou seja, para que os servidores inativos da BM tenham o seu porte de arma autorizado pela instituição, deverão realizar a avaliação psicológica SOMENTE com aqueles psicólogos que estiverem credenciados pela Brigada Militar.

Documentos necessários:

- 1.Requerimento de credenciamento de Psicólogos Civis (anexo A) e preenchimento do questionário (anexo B). Estes documentos devem ser reconhecidos em cartório por firma autenticada.
- 2.Cópia autenticada de diploma de psicólogo.
- 3.Cópia do comprovante de quitação das obrigações junto ao CRP.
- 4.Cópia do comprovante de experiência profissional e/ou cursos voltados a área de avaliação psicológica.
- 5.Comprovante de tempo mínimo de efetivo exercício da profissão, dois (02) anos.
- 6.Reconhecimento por firma autenticada de descrição do local de trabalho e equipamentos adequados.
- 7.Certidão negativa de ofensa à ética emitida pelo CRP.
- 8.Cópia do alvará de funcionamento do local.
- 9.Cópia do documento de identidade, CPF e CRP.
- 10.Fotos do consultório onde serão aplicados os testes, gravadas em CD.
11. Mínimo de três (03) e máximo de cinco (05) avaliações psicológicas realizadas recentemente gravadas em CD.

Endereço para envio dos documentos:

Hospital da Brigada Militar de Porto Alegre (HBM/PA)
Rua: Dr. Castro de Menezes, 155 – Bairro: Assunção / Porto Alegre / CEP: 91900-590
A/C (aos cuidados): Comissão de Credenciamento – PORTE DE ARMA

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA SEGURANÇA PÚBLICA
BRIGADA MILITAR
PORTO ALEGRE**

ANEXO “A”

Requerimento de credenciamento de Psicólogos Civis

Eu _____,
inscrito no CRP N° _____, identidade n° _____, órgão expedidor _____,
CPF n° _____, venho pelo presente, requerer, meu credenciamento para
aplicação da avaliação psicológica para obtenção e manutenção da autorização de porte
de arma de fogo, pelos policiais militares inativos.

Declaro que possuo consultório adequado, estabelecido á
rua/avenida _____,
n° _____, sala _____, bairro _____, CEP: _____,
cidade _____, UF _____, telefone n° _____,
celular n° _____.

Finalmente, assumo o compromisso de cumprir fielmente as prescrições da
legislação pertinente.

Nestes termos, peço e aguardo deferimento.

Local e data

(assinatura com firma reconhecida)

Nome

CPF/CRP n°

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA SEGURANÇA PÚBLICA
BRIGADA MILITAR
PORTO ALEGRE**

ANEXO “B”

Questionário

1. Nome: _____

2. CRP: _____

3. CPF: _____

4. RG: _____

5. Tempo de formado: _____

6. Tempo de experiência em avaliação psicológica: _____

7. Endereço do consultório: _____

8. Cidade que esta seu consultório: _____

9. Telefone fixo: () _____

10. Telefone celular: () _____

11. Endereço eletrônico: _____

Assinatura com firma reconhecida