



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO RESTABELECIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL LICENCIADO

Como requerer: Em nossa **Sede** ou via **Correios**.

Tempo médio de Atendimento em nossa Sede: **20 minutos**

Estando o profissional em situação regular perante o CRA-ES e o requerimento devidamente preenchido e assinado, o registro será restabelecido pelo CRA-ES **no ato do protocolo** e a **Carteira de Identidade Devolvida**.

Prazo de entrega da Carteira: **04 (quatro) dias úteis** para encaminhamento via correios (interior do Estado).


DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:


- ❖ **Preenchimento e assinatura do formulário modelo CRA-ES.** (Não é permitido assinatura de Procurador)
- ❖ **Estar em dia** com o pagamento das anuidades.
- ❖ Cópia frente e verso do **diploma**, caso ainda não o tenha apresentado ao CRA.
- ❖ Pagamento da taxa de Carteira de Identidade Profissional e o fornecimento de uma foto 3x4, caso solicite uma nova Carteira.
- ❖ **Pagamento proporcional da anuidade.**

Siga nossas redes sociais:



 craes@craes.org.br
www.craes.org.br

 27 99724.0396
27 99846.9522

 Rua Aluysio Simões, nº 172, Bento Ferreira,
Vitória-ES | CEP: 29050-632 | 27 2121.0500



CRA-ES
Conselho Regional de
Administração do Espírito Santo



CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO
REQUERIMENTO DE RESTABELECIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL

Ilmo Sr.

Presidente do CRA-ES

O(a) Profissional abaixo assinado, vem requerer a V.Sa. o **RESTABELECIMENTO** do seu registro licenciado, neste Conselho.

Nestes termos,

Aguarda deferimento.

Vitória/ES, ____ de _____ de 20__.

Nome:

Reg. CRA-ES nº

Assinatura

DADOS PARA CONFEÇÃO DA CARTEIRA

Registro no CRA nº	Data do Registro	Carteira <input type="checkbox"/> Definitiva <input type="checkbox"/> Válida até _____
Nome Completo e Legível		Nome Social

Impressão Digital	Foto 3x4	Assinatura do Profissional (Atenção: não sobreponha às linhas de contorno)
		<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (Preenchimento Obrigatório)

Logradouro	Nº	Complemento		
Bairro	Município	UF	CEP	
Email	Telefone	Telefone 2	Celular	

USO EXCLUSIVO DO CRA-ES