**REQUERIMENTO RETIVAÇÃO DE REGISTRO CANCELADO | PESSOA FÍSICA**

O Registro cancelado poderá ser reativado a qualquer tempo, a requerimento do profissional, utilizando os procedimentos de Registro Profissional Principal ou Secundário.

**PARA REQUERER É NECESSÁRIO**:

* **Preenchimento e assinatura do formulário modelo CRA-ES**, que será gerado ao final do cadastro. (Não é permitido assinatura de Procurador)
* **Diploma** frente e verso **OU CASO AINDA NÃO POSSUA DIPLOMA: Declaração de Conclusão do Curso emitida pela Instituição de Ensino**, constando o ato do reconhecimento do curso, expedido pelo MEC a data da colação de grau e a informação de que o diploma do requerente encontra-se em fase confecção.
* Cópia da **Carteira de Identidade Civil, CPF** e Certidão de Casamento (quando couber). Caso não possua RG, poderá apresentar cópia da CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
* **Certidão de Regularidade** emitida pelo CRA de origem (quando secundário);
* **Foto** para documento 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco;
* **Pagamento das taxas de inscrição, carteira e anuidade proporcional**, que serão geradas ao final do cadastro.

**COMO SOLICITAR**:

Digitalizar e encaminhar a documentação completa para o email [registro@craes.org.br](mailto:registro@craes.org.br) **OU** protocolar a documentação pessoalmente em nossa sede **OU** encaminhar via correios;

Depois de concluída a solicitação, realizado do pagamento o registro será efetivado.

**PRAZO PARA EMISSÃO DA CARTEIRA**:

Até **04 (quatro) dias úteis** para entrega presencial ou encaminhamento via correios (interior do Estado).





|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL – PESSOA FÍSICA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ao Presidente do Conselho Regional de Administração do ES  O requerente abaixo qualificado, com amparo ao que preceitua a Lei 4.769 de 09/09/65 e as Resoluções Normativas do Conselho Federal de Administração, solicita o seu registro profissional neste Conselho.  Declaro estar ciente das minhas obrigações legais de manter meus dados cadastrais atualizados, votar nas eleições do CRA-ES e efetuar o pagamento das anuidades até 31 de março de cada exercício. Estando ciente das obrigações contidas na Lei 4.769/65 e no Código de Ética da Profissão e que enquanto estiver exercendo a minha profissão, deverei manter meu registro ativo e somente terei meu registro cancelado(a) ou licenciado(a), mediante solicitação formalizada e fundamentada de minha parte e após o cumprimento dos trâmites administrativos e o recebimento do comunicado por escrito pelo CRA-ES.  **Estou ciente também de que poderei receber as informações sobre anuidades e demais notificações/correspondências do CRA-ES através do e-mail e/ou número de celular cadastrados abaixo ou, posteriormente, atualizados, conforme o art. 26, § 3º, da Lei 9.784/99 e legislação vigente.**  Declaro ainda, serem autênticas e verdadeiras todas as informações e documentos apresentados para os fins a que se destina o presente formulário, sob pena de responsabilização civil, penal e administrativa.  Nestes termos, aguarda deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ES, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Registro no CRA nº** | | | **Data do Registro** | **Categoria:**  Administrador Tecnólogo Outros Bacharéis  Sequencial Mestre Doutor Técnico | | | | | | | | | | **Tipo do Registro:**  Principal  Secundário | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo e Legível | | | | | | | | Nome Social | | | | | | | |
| CPF | RG | | | Órgão Expedidor | | | | | | Data de Expedição | | | | | |
| Naturalidade | | Nacionalidade | | | | | Estado Civil | | | | | Data de Nascimento | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DADOS PARA CONTATO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Logradouro | | | | | | Nº | | | Complemento | | | | | | |
| Bairro | | | | | | Município | | | | | | | UF | | CEP |
| **Email** | | | | | | **Celular** | | | | | Telefone | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO DE ENSINO** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instituição de Ensino | | | | | Curso | | | | | | | | | | |
| Data da Conclusão | | | | | Data Colação de Grau | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados para Confecção de Carteira** | | |
|  | Foto 3x4 | Assinatura do Profissional **(Atenção: não sobreponha às linhas de contorno**) |

**PARA USO DO CRA-ES (Informações para homologação do Pedido de Registro Profissional)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instrução do Processo de Registro Profissional:**  1. Doc. pessoais: ( )Doc. Identificação ( )CPF ( )Foto  2. Comprovante de graduação:( )Diploma ( )Declaração de Colação de Grau  3. Realizou pagamento? ( )Sim ( ) Não  4. Confirmação de colação de grau? ( )Sim ( )Não  Está em condições de obter registro?  ( )Sim ( )Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Conferido e Ativado por:  (Carimbo e assinatura do funcionário) | HOMOLOGAÇÃO |