

**RESTABELECIMENTO DE REGISTRO LICENCIADO | PESSOA FÍSICA**

Os profissionais com registro licenciado poderão requerer a qualquer momento a reativação do seu registro.

**PARA REQUERER É NECESSÁRIO TER EM MÃOS OS DOCUMENTOS ABAIXO EM ARQUIVO PDF:**

* **Formulário de Restabelecimento de Registro Licenciado**  modelo CRA-ES, preenchido, assinado e com foto 3x4. Disponível em <https://www.craes.org.br/formularios/>
* **Diploma** (frente e verso), caso ainda não o tenha apresentado ao CRA;

Pagar a **anuidade proporcional**, que será gerada ao final do cadastro.

**COMO SOLICITAR:**

Para solicitar o **Restabelecimento do Registro Licenciado**, digitalizar, salvar em “PDF” e encaminhar a documentação completa por meio dos **SERVIÇOS ONLINE** disponível em <https://cra-es.implanta.net.br/servicosOnline/>

Acessar, realizar o login (Caso seja a primeira vez que acessa este espaço, clique em “**Primeiro Acesso**”, cadastre a sua senha, ative seu cadastro no link que chegará no email e então faça o login) e em seguida, clicar em **“Requerimentos”**, em seguida em **“Restabelecimento do Registro Licenciado”** e siga as etapas.

Depois de concluída a solicitação e realizado o pagamento, a documentação será analisada e o registro será concluído. Acompanhe o andamento no menu **“Requerimentos” – “Acompanhar histórico”.**

**PRAZO PARA ENTREGA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL - CIP:**

Depois de concluída a solicitação, a Carteira de Identidade Profissional será enviada em até 04 **(quatro) dias úteis** via Correios.

|  |  |
| --- | --- |
| Interface gráfica do usuário, Aplicativo  Descrição gerada automaticamente com confiança média | **[Texto  Descrição gerada automaticamente com confiança média](https://web.whatsapp.com/)** |



|  |  |
| --- | --- |
| **RESTABELECIMENTO DE REGISTRO LICENCIADO | PESSOA FÍSICA** | |
| Ilmo Sr.  Presidente do CRA-ES  O requerente abaixo qualificado, com amparo ao que preceitua a Resolução Normativa CFA nº 649/2024, vem requerer a V.Sa. **RESTABELECIMENTO DE REGISTRO LICENCIADO**.  **Estou ciente de que poderei receber informações sobre este requerimento, 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.**  Nestes termos,  Aguarda deferimento**.**  Vitória/ES,       de       de 20      . | |
| **Nome:** | **Reg. CRA-ES nº:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PARA CONTATO (Preenchimento Obrigatório)** | | | | | | |
| Logradouro: | Nº: | Complemento: | | | | |
| Bairro: | Município: | | | UF: | | CEP: |
| Email: | Telefone: | | Celular: | | Celular 2: | |

|  |
| --- |
| TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS. Como REQUERENTE ao registro profissional, estou ciente de que como titular dos dados pessoais dispostos no presente requerimento, posso obter do controlador, em relação aos meus dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição, a confirmação da existência de tratamento, o acesso aos meus dados, a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comerciais e industriais, a eliminação dos meus dados pessoais tratados quando solicitado por mim, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 Lei nº 13.709/2018, a informação das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados e, informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa e a revogação do consentimento.  Autorizo ainda, expressamente, que a CONTROLADORA utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listadas neste formulário de requerimento para as seguintes finalidades:   1. Permitir que o CRA identifique e entre em contato, em razão de seu pedido e de seu registro nesta autarquia; 2. Para procedimentos de registro e para atendimento dos normativos do sistema CFA/CRAs; 3. Para cumprimento de obrigações impostas pelo controlador; 4. Quando necessário, para atender aos interesses legítimos da controladora ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais; 5. Para fins de encaminhamento a outros órgãos, em decorrência do meu registro na autarquia e em cumprimentos aos normativos do Sistema CFA/CRAs; e 6. Fazer a divulgação das ações e eventos gerais do CFA e dos CRAs.   O Conselho Regional de Administração, como controlador dos dados, fica autorizado a compartilhar os meus dados pessoais com o sistema CFA/CRAs objetivando o cumprimento dos normativos impostos pelo CFA, assegurando os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas.  O CRA se responsabiliza por manter medidas de segurança técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do REQUERENTE, comunicando ao REQUERENTE caso aconteça qualquer incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme o artigo 48 da Lei nº 13.709/2018.  Fica permitido ao CRA manter e utilizar os dados pessoais do REQUERENTE durante todo o período de seu registro, para as finalidades relacionadas neste termo e, ainda, após o cancelamento de registro para cumprimento de possíveis obrigações.  Fico ciente ainda que posso revogar o consentimento de uso de meus dados, a qualquer tempo, por carta eletrônica ou escrita, conforme o parágrafo 5º do artigo 8º combinado com o inciso VI do caput do artigo 18 e com o artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.  Assim, requeiro o restabelecimento do meu registro.  Nestes termos, peço deferimento.        /ES,       de       de 20      . |

|  |  |
| --- | --- |
| **CIÊNCIA DOS TERMOS DESTE REQUERIMENTO E DADOS PARA CONFECÇÃO DE CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL** | |
| Foto 3x4 | Assinatura de próprio punho que será utilizada para emissão da Carteira de Identidade Profissional:  **(Atenção: favor não sobrepor as linhas de contorno**) |