**REQUERIMENTO DE TRANSFERENCIA DE REGISTRO| PESSOA FÍSICA**

O requerimento de transferência de registro será apresentado ao CRA da jurisdição diversa da que o profissional possuir registro definitivo.

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

* **Formulário de Transferência de Registro** modelo CRA-ES, preenchido e assinado. Disponível em <https://www.craes.org.br/formularios/> (Não é permitida a assinatura por procuração);
* **Diploma** (frente e verso). **CASO AINDA NÃO POSSUA DIPLOMA:** Enviar a **Declaração de Colação de Grau** 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 de confecção;
* **Carteira de Identidade válida, CPF** e Certidão de Casamento (quando couber). Caso não possua RG, apresentar a CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
* **Certidão de Regularidade** emitida pelo CRA de origem;
* **Foto** para documento tipo 3x4 colorida, recente, frontal e com fundo branco;
* **CIP** (Carteira de Identidade Profissional) do CRA de origem cortada ao meio para comprovar a inutilização ou Boletim de Ocorrência, em caso de perda, furto ou roubo;

Pagar as **taxas de Transferência de Registro e Carteira de Identidade Profissional**, geradas na finalização do cadastro.

**COMO SOLICITAR**:

Digitalizar e encaminhar a documentação completa para o e-mail: [**contato@craes.org.br**](mailto:contato@craes.org.br)

Depois de concluída a solicitação, realizado o pagamento e após envio da Transferência pelo CRA de origem, o registro será efetivado.

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

Até **20 (vinte) dias úteis** após a efetivação do Registro. Entrega via correios.

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



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO CRA-** **PARA O CRA-ES - 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. | | | | | | | | | | | | | |
| **Registro no CRA nº** | | **Data do Registro** | **Categoria** | | | | | | | | | | **Tipo do Registro:**  **Definitivo** |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 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 a transferência do registro profissional.  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**) |

**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  5. Está em condições de obter registro?  ( )Sim ( )Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | HOMOLOGAÇÃO  Apreciado e homologado na Sessão Plenária CRA-ES nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_\_. |