

REQUERIMENTO DE REGISTRO SECUNDÁRIO | PESSOA FÍSICA

Habilita o registrado ao exercício da profissão em jurisdição diversa daquela onde possui seu registro principal, sem alteração do domicílio profissional.

PARA REQUERER É NECESSÁRIO:

- Preencher e assinar o **Formulário modelo CRA-ES**, que será gerado ao final do cadastro (Não é permitida a assinatura por procuração);
- Enviar o **Diploma** (frente e verso). **CASO AINDA NÃO POSSUA DIPLOMA:** Enviar a **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 de confecção;
- Para os requerimentos de Registro de **Mestre, Doutor ou Graduado em Curso Sequencial de Formação Específica** enviar o **Histórico do Curso**;
- Enviar a **Carteira de Identidade Civil (RG), CPF** e Certidão de Casamento (quando couber). Caso não possua RG, enviar a CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Enviar a **Certidão de Regularidade** emitida pelo CRA de origem;
- Enviar a **Foto** para documento tipo 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco;
- Pagar as **taxas de inscrição e anuidade proporcional**, que serão geradas ao final do cadastro.

COMO SOLICITAR:

Solicitar o Registro Profissional através dos **SERVIÇOS ONLINE/PRÉ-CADASTRO** disponível em <https://cra-es.implanta.net.br/ServicosOnline/Precadastro/PreCadastro/>

Depois de concluída a solicitação e realizado o pagamento, a documentação será analisada e o registro efetivado.

PRAZO PARA EMISSÃO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL - CIP:

Se houver requerimento de Carteira de Identidade Profissional – CIP, a entrega será de até **20 (vinte) dias úteis** após a efetivação do Registro. Entrega via Correios.

Pague com os Cartões




Dúvidas?

Estamos disponíveis, de segunda a sexta-feira, das 09 às 17h, no chat, e-mail ou whatsapp.

 craes.org.br/chat

 contato@craes.org.br

 **99846.9522 | 99724.0396**



REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL SECUNDÁRIO – 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: <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Outros Bacharéis <input type="checkbox"/> Sequencial <input type="checkbox"/> Mestre <input type="checkbox"/> Doutor <input type="checkbox"/> Técnico	Tipo do Registro: <input type="checkbox"/> 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 Confeção de Carteira

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

PARA USO DO CRA-ES

Ativado por: (Carimbo e assinatura do funcionário)

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 _____	HOMOLOGAÇÃO
--	-------------