

## REQUERIMENTO TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO | PESSOA FÍSICA

O profissional que for exercer a profissão em jurisdição diversa daquela onde possui seu registro principal, alterando o domicílio profissional, poderá requerer a Transferência do Registro. Com a transferência do registro principal entre Regionais, o profissional tem um novo registro principal sem interromper o vínculo com o Sistema CFA/CRAs.

### PARA REQUERER É NECESSÁRIO:

- Preencher e assinar o **Formulário**, modelo CRA-ES. (Não é permitido assinatura de Procurador)
- 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;
- Enviar a **Carteira de Identidade Civil (RG), CPF** e Certidão de Casamento (quando couber). Caso não possua RG, enviar a cópia da CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Enviar a **Certidão de Regularidade** emitida pelo CRA de origem;
- Enviar a **Foto** para confecção da nova Carteira de Identidade Profissional - CIP, tipo 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco;
- Pagar a **taxa de transferência** e da **Carteira de Identidade Profissional - CIP**, que serão geradas ao final 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.

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](https://craes.org.br/chat)



[contato@craes.org.br](mailto:contato@craes.org.br)



[99846.9522 | 99724.0396](https://api.whatsapp.com/send?phone=998469522)



### REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO CRA/ \_\_\_\_\_ PARA O CRA-ES

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"/> Principal
--------------------	------------------	---	---

#### 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 linha de contorno)
----------	---

#### PARA USO DO CRA-ES

Ativado por: (Carimbo e assinatura do funcionário)
--

#### Informações para homologação do Pedido de Registro Profissional

<b>Instrução do Processo de Registro Profissional:</b> 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
--	-------------