



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO ESPÍRITO SANTO

REQUERIMENTO DE REGISTRO REMIDO | PESSOA FÍSICA

O profissional com idade igual ou superior a 65 anos e 35 anos de contribuição, ininterruptos ou não, para o Sistema CFA/CRA's, e em dia com suas obrigações, tem o direito de pedir a remissão do registro e ficar desobrigado do pagamento das anuidades futuras, mantendo o direito de usar o título de Administrador, Gestor ou Técnico em Administração, entre outros benefícios do Conselho.

PARA REQUERER É NECESSÁRIO:

- Preencher e assinar o **Formulário**, modelo CRA-ES;
- Estar em dia com o **pagamento das anuidades junto ao CRA-ES e regular com o registro**;
- Possuir **idade igual ou superior a 65 anos e 35 anos de contribuição**, ininterruptos ou não, para o Sistema - CFA/CRA's;
- Pagar a **anuidade proporcional**;
- Pagar a **taxa da Carteira de Identidade Profissional - CIP** e fornecer uma foto 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco, **caso solicite uma nova Carteira**.

COMO SOLICITAR:

Digitalizar e encaminhar a documentação completa para o e-mail contato@craes.org.br OU encaminhar via Correios; Depois de realizado o pagamento e após ser apreciado em Sessão Plenária, o registro será concluído.

PRAZO PARA EMISSÃO DA CARTEIRA:

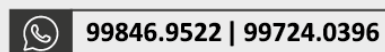
Até **20 (vinte) dias úteis**. Entrega via Correios, caso tenha solicitado.

Pague com os Cartões



Dúvidas?

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



REQUERIMENTO DE REGISTRO REMIDO | PESSOA FÍSICA

Ilmo Sr.

Presidente do CRA-ES

O requerente abaixo qualificado, com amparo ao que preceitua o artigo 1º da Resolução Normativa CFA nº 483/2016, vem requerer a V.Sa. o **REGISTRO REMIDO**.

Estou ciente de que poderei receber as informações sobre meu requerimento 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 _____

Assinatura

DADOS PARA CONTATO (Preenchimento Obrigatório)

Logradouro	Nº	Complemento		
Bairro	Município	UF	CEP	
Email	Telefone	Telefone 2	Celular	

	Foto 3x4	Assinatura do Profissional (Atenção: não sobreponha às linhas de contorno) 
--	----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HOMOLOGAÇÃO

O Plenário deste Conselho analisou o presente requerimento e com base na Resolução Normativa CFA nº 483/2016, deliberou por seu:

- Deferimento
 Indeferimento

Conselheiro Relator

Aprovado na Sessão Plenária

nº. _____ de ____/____/20__

Presidente CRA