**REQUERIMENTO DE REGISTRO PRINCIPAL | PESSOA FÍSICA**

É o registro concedido pelo CRA-ES para aqueles com domicílio profissional no Estado do Espírito Santo.

**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, apresentar a CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
* Enviar a **Foto** para documento tipo 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco;
* Pagar as **taxas de inscrição,** da **Carteira de Identidade Profissional - CIP** e **anuidade proporcional**, que serão geradas ao final do cadastro.

**COMO SOLICITAR**:

Solicitar o Registro Profissional por meio dos **SERVIÇOS ONLINE/PRÉ-CADASTRO** disponível <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**:

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

**IMPORTANTE:**

* O Tecnólogo em Gestão, o Mestre ou o Doutor em Administração após o registro torna-se legalmente habilitado para o desempenho de atividades restritas à sua área de formação acadêmica.
* O registro é definitivo e não está vinculado à validade da Carteira de Identidade Profissional – CIP.
* **O formando terá a isenção da primeira anuidade e pagará somente a taxa de inscrição e emissão de CIP, se realizar o registro em até 60 dias corridos após a data da colação de grau**.



|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL PRINCIPAL– PESSOA FÍSICA** |
| Ao Presidente do Conselho Regional de Administração do ESO 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,     /     /20     .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura |
| **Registro no CRA nº** | **Data do Registro** | **Categoria:**  | **Tipo do Registro:****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:       | Data da Conclusão:       |
| Curso:       | Data Colação de Grau:       |

|  |
| --- |
| **Dados para Confecção de Carteira**  |
|  | Foto 3x4 | Assinatura do Profissional **(Atenção: não sobreponha às linhas de contorno**) |

**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 ( )Foto2. Comprovante de graduação:( )Diploma ( )Declaração de Colação de Grau3. Realizou pagamento? ( )Sim ( ) Não4. Confirmação de colação de grau? ( )Sim ( )NãoEstá em condições de obter registro? ( )Sim ( )Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | HOMOLOGAÇÃO |