**RESTABELECIMENTO DE REGISTRO LICENCIADO | PESSOA FÍSICA**

A licença de registro pode ser interrompida a qualquer momento, a requerimento do Profissional, tornando o registro Ativo novamente.

**PARA REQUERER É NECESSÁRIO:**

* Preencher e assinar o [**Formulário**, modelo CRA-ES. (Não é permitida a assinatura de Procurador)](http://craes.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REG-PF_FORM08-LICEN%C3%87A-RENOVA%C3%87%C3%83O-DE-LICEN%C3%87A-OU-CANCELAMENTO-DE-REGISTRO.pdf);
* Estar em dia com o **pagamento das anuidades**;
* Enviar o **Diploma** (frente e verso), caso ainda não o tenha apresentado ao CRA;
* Pagar a **taxa da Carteira de Identidade Profissional - CIP** e enviar a **Foto** para documento 3×4 colorida, recente, de frente e com fundo branco, caso solicite uma nova Carteira;
* Pagar a **anuidade proporcional**.

**COMO SOLICITAR:**

Digitalizar e encaminhar a documentação completa para o e-mail: **contato@craes.org.br**

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

Depois de concluída a solicitação, a Carteira será devolvida. Caso solicite a nova Carteira e realizado o pagamento, o CRA tem até **20 (vinte) dias úteis** para emissão de nova CIP ou envio da atual. Entrega via Correios.



|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE RESTABELECIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL** |
| Ilmo Sr.Presidente do CRA-ESO(a) Profissional abaixo assinado, vem requerer a V.Sa. o **RESTABELECIMENTO** do seu registro licenciado, neste Conselho.**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.**Nestes termos,Aguarda deferimento**.**Vitória/ES,       de       de 20     . |
| Nome:       | Reg. CRA-ES nº:       |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura |

**DADOS PARA CONFECÇÃO DA CARTEIRA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Registro no CRA nº:**  | **Data do Registro:**  |
| Nome Completo e Legível:       | Nome Social:       |

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

|  |
| --- |
| **DADOS PARA CONTATO (Preenchimento Obrigatório)** |
| Logradouro:       | Nº:       | Complemento:       |
| Bairro:       | Município:       | UF:       | CEP:       |
| Email:       | Telefone:       | Telefone 2:       | Celular:       |

|  |
| --- |
| USO EXCLUSIVO DO CRA-ES |