**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/CRAs, 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/CRAs;
* 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**](mailto: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.



|  |  |
| --- | --- |
| **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** |