**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** **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-ESO 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** |