**RESTABELECIMENTO DE REGISTRO LICENCIADO | PESSOA JURÍDICA**

A licença de Registro pode ser interrompida a qualquer momento, a requerimento do Representante Legal, 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**;
* Pagar a **anuidade proporcional**.

**COMO SOLICITAR:**

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

**PRAZO PARA O RESTABELECIMENTO:**

Imediatamente após o pagamento da anuidade proporcional.



|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE RESTABELECIMENTO DE REGISTRO CADASTRAL** |
| Ilmo Sr.Presidente do CRA-ESO requerente abaixo assinado, em requerer a V.Sa. o **RESTABELECIMENTO** do seu registro licenciado, neste Conselho.**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:       |

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