**REQUERIMENTO TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO | PESSOA FÍSICA**

O profissional que for exercer a profissão em jurisdição diversa daquela onde possui seu registro principal, alterando o domicílio profissional, poderá requerer a Transferência do Registro. Com a transferência do registro principal entre Regionais, o profissional tem um novo registro principal sem interromper o vínculo com o Sistema CFA/CRAs.

**PARA REQUERER É NECESSÁRIO**:

* Preencher e assinar o [**Formulário**](http://craes.org.br/wp-content/uploads/2019/10/REG-PF_FORM11-REGISTRO-DE-RESPONSABILIDADE-T%C3%89CNICA.pdf)**,** modelo CRA-ES. (Não é permitido assinatura de Procurador)
* 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;
* Enviar a **Carteira de Identidade Civil (RG), CPF** e Certidão de Casamento (quando couber). Caso não possua RG, enviar a cópia da CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
* Enviar a **Certidão de Regularidade** emitida pelo CRA de origem;
* Enviar a **Foto** para confecção da nova Carteira de Identidade Profissional - CIP, tipo 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco;
* Enviar a foto da **CIP** (Carteira de Identidade Profissional) do CRA de origem cortada ao meio para comprovar a inutilização ou Boletim de Ocorrência, em caso de perda, furto ou roubo;
* Pagar a **taxa de transferência** e da **Carteira de Identidade Profissional - CIP**, que serão geradas ao final do cadastro.

**COMO SOLICITAR**:

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

Depois de concluída a solicitação, realizado o pagamento e após envio da Transferência pelo CRA de origem, o registro será efetivado.

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

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



|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO CRA/****PARA O CRA-ES** |
| 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,      /     /     .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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:       | Curso:       |
| Data da Conclusão:       | Data Colação de Grau:       |

|  |
| --- |
| **Dados para Confecção de Carteira**  |
|  | Foto 3x4 | Assinatura do Profissional **(Atenção: não sobreponha às linha 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 ( )Foto 2. Comprovante de graduação:( )Diploma ( )Declaração de Colação de Grau 3. Realizou pagamento? ( )Sim ( ) Não4. Confirmação de colação de grau? ( )Sim ( ).NãoEstá em condições de obter registro? ( )Sim ( )Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | HOMOLOGAÇÃO |