**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**](mailto: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 ES  O 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 ( ) Não  4. Confirmação de colação de grau? ( )Sim ( ).Não  Está em condições de obter registro? ( )Sim ( )Não \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | HOMOLOGAÇÃO |