**REQUERIMENTO DE REGISTRO SECUNDÁRIO | PESSOA FÍSICA**

Habilita o registrado ao exercício da profissão em jurisdição diversa daquela onde possui seu registro principal, sem alteração do domicílio profissional.

**PARA REQUERER É NECESSÁRIO**:

* Preencher e assinar o **Formulário modelo CRA-ES**, que será gerado ao final do cadastro (Não é permitida a assinatura por procuração);
* Enviar o **Diploma** (frente e verso). **CASO AINDA NÃO POSSUA DIPLOMA:** Enviar a **Declaração de Colação de Grau** 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;
* Para os requerimentos de Registro de **Mestre, Doutor ou Graduado em Curso Sequencial de Formação Específica** enviar o **Histórico do Curso;**
* Enviar a **Carteira de Identidade Civil (RG), CPF** e Certidão de Casamento (quando couber). Caso não possua RG, enviar a CNH ou Carteira de Trabalho e Previdência Social;
* Enviar a **Certidão de Regularidade** emitida pelo CRA de origem;
* Enviar a **Foto** para documento tipo 3x4 colorida, recente, de frente e com fundo branco;
* Pagar as **taxas de inscrição e anuidade proporcional**, que serão geradas ao final do cadastro.

**COMO SOLICITAR**:

Solicitar o Registro Profissional através dos **SERVIÇOS ONLINE/PRÉ-CADASTRO** disponível em <https://cra-es.implanta.net.br/ServicosOnline/Precadastro/PreCadastro/>

Depois de concluída a solicitação e realizado o pagamento, a documentação será analisada e o registro efetivado.

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

Se houver requerimento de Carteira de Identidade Profissional – CIP, a entrega será de até **20 (vinte) dias úteis** após a efetivação do Registro. Entrega via Correios.



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL SECUNDÁRIO – PESSOA FÍSICA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:**  **SECUNDÁRIO** | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 linhas 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 |