****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO DE REGISTRO - PESSOA FÍSICA** | | | | |
| **ILMO Sr. PRESIDENTE DO CRA-MG, o** abaixo identificado, tendo anexado a documentação necessária e assumindo responsabilidade civil e criminal pelas informações constantes deste documento, declarando estar ciente das obrigações legais, tais como: **efetuar o pagamento da anuidade até 31 de março de cada exercício, votar nas eleições do CRA-MG, manter seu endereço atualizado e demais obrigações contidas na Lei 4.769/65 e Resoluções Normativas do Conselho Federal de Administração – CFA**, requer a V.Sa: | | | | |
|  | | | | |
| **MOTIVO DO REGISTRO:** | | | | |
| **DADOS DO REQUERENTE** | | | | |
| Nome Completo:  Sexo:  Data de Nascimento:  Naturalidade:  Nacionalidade:  Nome do Pai:  Nome da Mãe:  CPF :  Estado Civil:  Nome do Cônjuge:  RG/Identidade:  Órgão Expedidor/UF:  Data de Expedição:  Certificado de Reservista:  CSM:  Órgão Expedidor:  Data de Expedição:  Título de eleitor Número:  Zona:  Seção:  Município/UF:  Data de Expedição: | | | | |
| **ASSINALE O ENDEREÇO PREFERENCIAL PARA RECEBIMENTO DE CORRESPONDÊNCIA:** | | | | |
| **Endereço Residencial** (Rua/Av./Praça/Alameda):  Nº  Complemento:  Bairro:  Município:  UF:  CEP:  Telefone:  Celular:  E-mail:  Caixa Postal: | | | | |
| Nome da Empresa: CNPJ:  Cargo/Função:  **Endereço Comercial** (Rua/Av./Praça/Alameda):  Nº  Complemento:  Bairro:  Município:  UF:  CEP:  Telefone:  Celular:  E-mail:  Caixa Postal: | | | | |
| Referência Pessoal (Nome):  **Endereço**:  Nº  Complemento:  Bairro:  Município/UF:  CEP:  Telefone:  Celular:  E-mail: | | | | |
| **DADOS ACADÊMICOS** | | | | |
| **Instituição de Ensino:**  Data da Colação de Grau:  Curso:  Nº Registro Diploma:  Repartição:  Ano: | | | | |
| **Impressão Digital: Polegar Direito / Cor Preta** | | **Foto 3x4 cm** | **Assinaturas para Carteira: Cor Preta / Não sobrepor as linhas** | |
|  |  |  |  | |
|  | |
| **Termos em que, pede deferimento**  **ASSINATURA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **PARA USO INTERNO DO CRA-MG**  Declaro ter conferido a documentação e o pagamento.  Funcionário/Estagiário: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Protocolo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |

###### INSTRUÇÕES/DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Requerimento preenchido e assinado;
2. Original ou cópia do diploma de conclusão curso;
3. Original ou cópia do histórico do curso.

**IMPORTANTE:**

Recebida a solicitação de registro, o CRA encaminhará o pedido ao CFA, o qual emitirá parecer conclusivo sobre a autorização do registro profissional.

**CONTATOS E ENDEREÇO PARA ENVIO DE DOCUMENTOS**

\* Central de Atendimento – Av. Olegário Maciel, 1233 – Lourdes – Belo Horizonte/MG CEP 30.180-111 e Atendimento Virtual – (31) 3218-4500, de 2ª à 6ª feira no horário de 09 as 17 horas

\* E-mail: [cramg@cramg.org.br](mailto:cramg@cramg.org.br) ou Site: [www.cramg.org.br](http://www.cramg.org.br)

\* Seccionais – consulte [www.cramg.org.br](http://www.cramg.org.br)