****

|  |
| --- |
| **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: |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A -** |  | **A1 -** |  | **A2 -** |  |
| **B -** |  | **C -** |  |
| **D -** |  |

 |
| 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 \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**OS NÚMEROS INDICADOS NOS ITENS REFEREM-SE À DOCUMENTAÇÃO/CONDIÇÃO PARA CADA PEDIDO**

A – **Registro Profissional Principal**

* **A¹** - com diploma: 01, 02, 04, 06, 07, 08, 09, 15
* **A²** - com declaração: 01, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 15

B – **Registro Profissional Secundário**:01, 05, 07, 11, 15, 16

C – **Reativação de Registro**: 01, 02, 04, 06, 07, 08, 09, 10, 15

D – **Transferência de Registro Profissional**: 01, 02, 04, 06, 08, 11, 13, 14, 15

###### INSTRUÇÕES/DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Requerimento preenchido e assinado;
2. Original e cópia **OU** cópia autenticada do diploma de conclusão do curso, devidamente registrado e revalidado pelo órgão competente.
3. Original e cópia **OU** cópia autenticada da Certidão/Declaração de conclusão do curso assinada e emitida no prazo de 6 meses, contendo: a) Identificação do bacharel/tecnólogo, b) nome do curso, c) data da colação de grau, e) informação de expedição/registro do diploma, f) reconhecimento do curso;
4. Apresentar original e cópia **OU** cópia autenticada dos documentos: (a) Carteira de Identidade; (b) Título de eleitor (c) Certificado de reservista (para aqueles do sexo masculino e idade inferior a 46 anos); (d) Cartão do CPF; (e) Certidão de nascimento, casamento, separação judicial, divórcio ou averbação de separação, se for o caso de divergência nos documentos citados;
5. Original e cópia **OU** cópia autenticada da Carteira de Identidade Profissional expedida pelo CRA de origem;
6. Uma foto 3x4 colorida recente. Caso deseje, foto e digital podem ser colhidas no ato da solicitação na sede do CRA-MG.
7. Comprovante de pagamento da taxa de Registro no valor de **R$ 36,97 (trinta e seis reais e noventa e sete centavos)**;
8. Comprovante de pagamento da taxa de Carteira de Identidade Profissional, no valor de **R$ 36,97 (trinta e seis reais e noventa e sete centavos)**;
9. Comprovante de pagamento da anuidade vigente (proporcional). Valores disponíveis no <http://www.cramg.org.br/anuidades-e-taxas-2/> :
10. Estar em dias com suas obrigações financeiras junto ao CRA-MG;
11. Comprovante de regularidade junto ao CRA que concedeu o Registro Profissional Principal;
12. Estar em dia com suas obrigações junto ao CRA-MG, inclusive anuidades;
13. Devolução Carteira de Identidade Profissional expedida pelo CRA ou apresentação de Boletim de Ocorrência Policial, em caso de extravio;
14. Comprovante de pagamento da taxa de Transferência de Registro, no valor de **R$ 36,97 (trinta e seis reais e noventa e sete centavos)**;

1. Cópia do comprovante de endereço atualizado;
2. Comprovante de pagamento da anuidade do exercício corrente em valor equivalente a 50% (cinquenta por cento) dos valores cobrados pelo CRA, onde está sendo feito o Registro Secundário.

**IMPORTANTE:**

* Registros protocolados em até 60 (sessenta) dias após a colação de grau terão a isenção da primeira anuidade.
* **Como efetuar o pagamento:** Central de Atendimento através de cartão de crédito visa/mastercard **OU** boleto bancário. **Não é aceito pagamento em dinheiro ou cheque**;
* **É obrigatória a apresentação da documentação completa, sem a qual não será possível analisar o pedido**;
* Não nos responsabilizamos por extravio de correspondências encaminhadas via correios;
* Não terá validade a documentação encaminhada via fax ou e-mail.
* Formulários rasurados ou preenchidos de forma incorreta não serão aceitos;
* Para autenticação das cópias pelo CRA-MG deverão ser apresentados os originais dos documentos.

**\* Central de Atendimento – Av. Olegário Maciel, nº 1233 – Lourdes – Belo Horizonte/MG CEP 30.180.111**

**\* Atendimento Virtual – (31) 3218-4500, de 2ª à 6ª feira no horário de 09 às 17 horas**

**\* E-mail:** **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)