

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE REGISTRO DE 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:  |
|  | **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 e cópia **OU** cópia autenticada do diploma de conclusão do curso, devidamente assinado, registrado e revalidado pelo órgão competente.
3. Apresentar original e cópia **OU** cópia autenticada dos documentos:

(a) Carteira de Identidade com CPF;

(b) Título de eleitor

(c) Certificado de reservista (para aqueles do sexo masculino e idade inferior a 46 anos);

(d) Certidão de nascimento, casamento, separação judicial, divórcio ou averbação de separação, se for o caso de divergência nos documentos citados;

1. Uma foto 3x4 colorida recente. Caso deseje, pode ser colhida a foto no ato da solicitação na sede do CRA-MG.
2. Comprovante de pagamento da taxa de Registro no valor de **R$ 39,53 (trinta e nove reais e cinquenta e três e centavos)**;
3. Comprovante de pagamento da taxa de Carteira de Identidade Profissional, no valor de **R$ 39,53 (trinta e nove reais e cinquenta e três e centavos)**;
4. Comprovante de pagamento da anuidade vigente.
5. Estar em dias com suas obrigações financeiras junto ao CRA-MG;
6. Cópia do comprovante de endereço atualizado;

**IMPORTANTE:**

* **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/)