****

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 30 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 reativação do registro profissional: | | | | |
| *(* )Bacharel em Administração ( )Bacharel em Campos conexos ( ) Tecnólogo ( )Técnico ( )Mestre/Doutor ( ) Curso Sequencial | | | | |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Protocolo nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |

###### INSTRUÇÕES/DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Requerimento preenchido e assinado;
2. Uma foto 3x4 colorida recente. Caso o pedido seja protocolado na sede, a foto poderá ser tirada no local.
3. Comprovante de pagamento da taxa de Registro profissional com emissão de nova via de carteira no valor de R$96**,**14(noventa e seis reais e quatorzecentavos).
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:** O pagamento poderá ser realizado, presencialmente, por meio de cartão de crédito visa/mastercard, ou por boleto bancário, o qual deverá ser solicitado antecipadamente via e-mail para [cramg@cramg.org.br](mailto:cramg@cramg.org.br)

**É obrigatória a apresentação da documentação completa, sem a qual não será possível analisar o pedido**;

**CONTATOS E ENDEREÇO PARA ENVIO DE DOCUMENTOS**

A solicitação poderá ser encaminhada para o e-mail [cramg@cramg.org.br](mailto:cramg@cramg.org.br), via Correios ou presencialmente, de segunda à sexta feira de 09:00 as 17:00 na Av. Olegário Maciel, 1233 – Lourdes – Belo Horizonte/MG CEP 30.180.111.