



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO

Nome: _____

Nº de registro CRQ-V: _____ Nº de CPF: _____

Categoria profissional (título do diploma):

Nº de celular: _____ Nº de telefone residencial: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

E-mail: _____

Motivo do cancelamento:

- Invalidez
- Não exercício da profissão
- Falecimento
- Outro - especificar (comprovado por documentação):

Confirmo a veracidade dos documentos anexados a este requerimento e, em caso de declaração falsa, estarei sujeito as sanções administrativas, civis e penais aplicáveis, conforme § 2º do artigo 3º da Lei nº 13.726/2018.

Para cancelamento de registro é necessário:

- Requerimento devidamente preenchido;
- Cópia integral da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) DIGITAL atualizada: em formato PDF, com os dados pessoais e todos os contratos de trabalho, juntamente com o "Extrato de Outros Vínculos", se houver, ou comprovante da condição de funcionário público sob-regime estatutário;
- Nos casos de pedido de cancelamento por invalidez, anexar, também cópia simples atestado médico ou do comprovante de aposentadoria por invalidez;
- Nos casos de pedido de cancelamento por falecimento, anexar, também, cópia da certidão de óbito;
- Após a concessão do cancelamento de registro, a cédula e carteira de identidade profissional emitidas pelo CRQ-V deverão ser devolvidas. No caso de perda, roubo ou extravio, a cópia da ocorrência policial deverá ser apresentada.

Obs: As assinaturas podem ser feitas de forma manual, conforme documento, ou assinatura com certificação digital.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de 20 _____

(local e data)

Obs: As assinaturas podem ser feitas de forma manual, conforme documento, ou assinatura com certificação digital.

Assinatura