



REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE REGISTRO

Nome: _____

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

Categoria profissional (título do diploma): _____

E-mail: _____ Nº de celular: _____

Tel. comercial: _____ Tel. residencial: _____

Endereço Residencial:

(Nome da rua, número – Complemento – Bairro – Cidade – Estado) CEP: _____

Nome da Entidade/Empresa: _____

Endereço Comercial:

(Nome da rua, número – Complemento – Bairro – Cidade – Estado) CEP: _____

Enviar correspondências para o endereço: - Endereço Residencial - Endereço Comercial

- Outro: _____ CEP: _____
(Nome da rua, número – Complemento – Bairro – Cidade – Estado)

- Receberei as carteiras em meu endereço de correspondência e tenho ciência da necessidade de ter alguém para receber o pacote.

- Farei a retirada das carteiras de forma presencial em: - Sede de Porto Alegre

- Delegacia de Lajeado - Delegacia de Farroupilha - Delegacia de Pelotas - Delegacia de Passo Fundo

Requisitos:

- Requerimento devidamente preenchido;
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cópia do comprovante do Tipo Sanguíneo ou Declaração de Tipagem Sanguínea;
- Cópia de documento de identificação emitido por órgão público;
- Pagamento de taxas e anuidade;
- Foto em formato PDF, em molde de 3x4 convencional frontal, atualizada, sem adornos e em fundo claro, com boa iluminação e resolução, ou, 2 fotos 3x4 impressas atualizadas, não reutilizadas, frontais, sem adornos, com fundo claro em papel específico para tal;
- Comprovante de residência próprio (preferencialmente uma conta atualizada de água, luz ou telefone) ou declaração de residência (com comprovante do titular).

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. Declaro, ainda, estar ciente das obrigações legais, bem como: efetuar o pagamento da anuidade até 31 de março de cada exercício e manter meus dados cadastrais atualizados. 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