



**CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO  
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO AMAZONAS**



O Sistema CFA/CRA's tem como missão promover a Ciência da Administração valorizando as competências profissionais, a sustentabilidade das organizações e o desenvolvimento do país.

**SOLICITAÇÃO DE REGISTRO REMIDO  
RESOLUÇÃO NORMATIVA CFA Nº 649, DE 28 DE MAIO DE 2024**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Preencher o requerimento padronizados, ao Presidente do CRA-AM;
- Homem e Mulher: ter idade igual ou superior a 65 anos e 35 anos de contribuição, ininterruptos ou não, para o Sistema CFA/CRA's;
- Cópia do comprovante de Aposentadoria por Doença e/ou Invalidez
- Outros documentos que o CRA julgar necessários.
- Comprovante de residência atualizado;

**IMPORTANTE**

O profissional que teve o seu registro cancelado anteriormente por motivo de aposentadoria, devidamente comprovada, inclusive por invalidez permanente, poderá requerer o benefício.

O benefício somente será concedido ao profissional que se encontrar quite com suas obrigações perante o respectivo Conselho Regional de Administração.

A Solicitação de Registro Remido somente será apreciada em reunião Plenária deste CRA-AM se os documentos apresentados estiverem rigorosamente completos.



**CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO  
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO AMAZONAS**

O Sistema CFA/CRA's tem como missão promover a Ciência da Administração valorizando as competências profissionais, a sustentabilidade das organizações e o desenvolvimento do país.



**REQUERIMENTO DE REGISTRO REMIDO**

Sr. Presidente,

Declaro ter instruído o presente requerimento com a documentação necessária e assumo a responsabilidade civil e criminal pelas informações constantes no presente requerimento e da documentação apresentada, estando ciente das obrigações legais, de votar nas eleições do CRA e manter atualizado meus dados e demais obrigações contidas na Lei nº 4.769/1965 e legislações do Sistema CFA/CRA's.

| <b>DADOS PESSOAIS</b>            |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Nome Civil completo:             |                                  |
| Nome Social completo, se houver: |                                  |
| Data de Nascimento:              |                                  |
| Gênero:                          |                                  |
| Estado Civil:                    |                                  |
| <b>CONTATOS/ENDEREÇO</b>         |                                  |
| Logradouro:                      |                                  |
| Quadra:                          | Número:                          |
| Complemento:                     | Bairro:                          |
| CEP:                             | Município:                       |
| Estado:                          |                                  |
| Telefone Fixo:                   | Telefone Celular:                |
| E-mail:                          |                                  |
| <b>USO EXCLUSIVO DO CRA</b>      |                                  |
| Número do Registro:              | Data da aprovação pelo plenário: |
| Número da reunião plenária:      |                                  |

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS  
PESSOAIS.**

Como REQUERENTE ao registro profissional, estou ciente de que como titular dos dados pessoais dispostos no presente requerimento, posso obter do controlador, em relação aos meus dados por ele tratados, a qualquer momento e mediante requisição, a confirmação da existência de tratamento, o acesso aos meus dados, a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados, a portabilidade dos dados a outro fornecedor de serviço ou produto, mediante requisição expressa, de acordo com a regulamentação da autoridade nacional, observados os segredos comerciais e industriais, a eliminação dos meus dados pessoais tratados quando solicitado por mim, exceto nas hipóteses previstas no art. 16 Lei nº 13.709/2018, as informações das entidades públicas e privadas com as quais o controlador realizou uso compartilhado de dados e, informação sobre a possibilidade de não fornecer consentimento e sobre as consequências da negativa e a revogação do consentimento.



**CONSELHO FEDERAL DE ADMINISTRAÇÃO  
CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DO AMAZONAS**



O Sistema CFA/CRA's tem como missão promover a Ciência da Administração valorizando as competências profissionais, a sustentabilidade das organizações e o desenvolvimento do país.

Autorizo ainda, expressamente, que a CONTROLADORA utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis listados neste formulário de requerimento para as seguintes finalidades:

- a) Permitir que o CRA identifique e entre em contato, em razão de seu pedido e de seu registro nesta autarquia;
- b) Para procedimentos de registro e para atendimento dos normativos do sistema CFA/CRA's;
- c) Para cumprimento de obrigações impostas pelo controlador;
- d) Quando necessário, para atender aos interesses legítimos da controladora ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais;
- e) Para fins de encaminhamento a outros órgãos, em decorrência do meu registro na autarquia e em cumprimentos aos normativos do Sistema CFA/CRA's; e
- f) Fazer a divulgação das ações e eventos gerais do CFA e dos CRA's.

O Conselho Regional de Administração, como controlador dos dados, fica autorizado a compartilhar os meus dados pessoais com o sistema CFA/CRA's objetivando o cumprimento dos normativos impostos pelo CFA, assegurando os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação, responsabilização e prestação de contas.

O CRA se responsabiliza por manter medidas de segurança técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do REQUERENTE, comunicando ao REQUERENTE caso aconteça qualquer incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme o artigo 48 da Lei nº 13.709/2018.

Fica permitido ao CRA manter e utilizar os dados pessoais do REQUERENTE durante todo o período de seu registro, para as finalidades relacionadas neste termo e, ainda, após o cancelamento de registro para cumprimento de possíveis obrigações.

Fico ciente ainda que posso revogar o consentimento de uso de meus dados, a qualquer tempo, por cartaeletrônica ou escrita, conforme o parágrafo 5º do artigo 8º combinado com o inciso VI do caput do artigo 18 e com o artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.

Assim, requeiro o meu registro remido.  
Nestes termos, peço deferimento.

Manaus, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

---

**Assinatura**

Reg. CRA-AM nº \_\_\_\_\_