



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DE GOIÁS**  
**CREA-GO**

**REQUERIMENTO PARA RECADASTRAMENTO PROFISSIONAL**

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| REQUERENTE (Nome completo sem abreviações):                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| NOME DO PAI (Nome completo sem abreviações):                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| NOME DA MÃE (Nome completo sem abreviações):                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| NACIONALIDADE:                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                             | NATURALIDADE:                                                                                                                                              | UF:                                                                              |
| ESTADO CIVIL:<br><input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) judicialmente <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Outro: _____ |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| GÊNERO:<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             | TIPO SANGÜÍNEO (exige exame laboratorial):<br><input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O | FATOR RH:<br><input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo |
| DATA DE NASCIMENTO<br>____/____/____                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                             | PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS:<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____                                               |                                                                                  |
| CPF:                                                                                                                                                                                                                                                       | DOC. IDENT.:                                                                                                                                                                                                                | DATA DE EMISSÃO:<br>____/____/____                                                                                                                         | EMISSION:                                                                        |
| TÍTULO DE ELEITOR                                                                                                                                                                                                                                          | ZONA:                                                                                                                                                                                                                       | SEÇÃO:                                                                                                                                                     | MUNICÍPIO: UF:                                                                   |
| ENDEREÇO (Rua, avenida, complemento):                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            | Nº                                                                               |
| BAIRRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | MUNICÍPIO:                                                                                                                                                                                                                  | UF:                                                                                                                                                        | CEP:                                                                             |
| TELEFONE 1:                                                                                                                                                                                                                                                | TELEFONE 2:                                                                                                                                                                                                                 | CAIXA POSTAL:                                                                                                                                              |                                                                                  |
| E-MAIL:                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| PIS/PASEP:                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                             | DOADOR DE ÓRGÃOS ?<br>( ) SIM   ( ) NÃO                                                                                                                    |                                                                                  |
| UNIDADE DO CREA ONDE DESEJA RETIRAR A CARTEIRA:                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |                                                                                  |
| <b>Colar aqui Foto 3x4 recente, colorida com fundo branco e com ótima nitidez.</b>                                                                                                                                                                         | <b>Insira no retângulo abaixo a assinatura que deseja que conste na carteira profissional</b><br><b>(NÃO TOCAR NAS BORDAS)</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 60px; margin: 10px auto; width: 80%;"></div> |                                                                                                                                                            |                                                                                  |

**DOCUMENTOS/ PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS**

1. Requerimento preenchido com endereço completo e assinado pelo profissional;
2. Comprovante de pagamento de taxas;
3. Documento de Identificação;
4. Certidão de casamento/nascimento em caso de divergência no documento de identidade;
5. CPF - quando não informado no documento de identificação;
6. PIS/PASEP, Título de Eleitor ou Certidão de Quitação Eleitoral e exame laboratorial de tipo sanguíneo – opcionais.

Rubrica do Interessado: \_\_\_\_\_





**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA DE GOIÁS**  
**CREA-GO**

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA:**

1. Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas. Estou ciente que a declaração falsa constitui crime previsto no Código Penal Brasileiro e infração ao Código de Ética Profissional, disposto na Resolução 1002/2002-Confea.
2. Será impresso na carteira profissional o número do documento de identificação apresentado e seu respectivo órgão emissor.
3. Estou ciente que o CREA-GO poderá enviar comunicados aos contatos fornecidos.
4. Não é necessário apresentar cópia dos documentos, bastando as vias originais.

**Observações:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Local/Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Identificação e Assinatura do Interessado (conforme documento de identidade apresentado):

\_\_\_\_\_

Para uso do Crea-GO:

|                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| NÚMERO DE PROTOCOLO: | CARIMBO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
| Data: ____/____/____ |                                   |

