

REQUERIMENTO DE REGISTRO REMIDO DE PROFISSIONAL

Exmº . Sr.

DD. Presidente do CRF-MA

De conformidade com o Art.30 das Resoluções 638/17 e 651/17 ambas do CFF, eu _____ venho requerer a V.Sª. o **REGISTRO REMIDO**, em face de:

() Minha idade: igual ou superior a 65 anos, data de nascimento __/__/__, e ter contribuição mínima de 30 anos com o CRF , obtendo os critérios para solicitação do registro remido.

() Minha aposentadoria por invalidez desde a data de __/__/__, conforme documento anexo.

() Ser portador de doença incapacitante para o exercício laboral, conforme Laudo de junta médica anexo.

Estou ciente das implicações de natureza penal das minhas declarações.

Por ser verdade, firmo o presente.

Nestes termos pede deferimento.

São Luís(MA) _____ de _____ de 20__.

Assinatura

CRF-MA nº _____

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Qd. B, número 7 – São Francisco,
São Luís-MA
CEP: 65075-270.
Fone: (98) 99129-7749 e 99195-8542
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h

Seccional Imperatriz

Rua Alagoas, nº 516 – Juçara,
Imperatriz-MA
CEP: 65903-279.
Fone/Fax: (99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8 às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Rua Dr. Justo Pedrosa nº252. Galeria Scarton,
Sala 02 – Térreo, Balsas-MA
CEP: 65800-000.
Fone: (99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.