

ORIENTAÇÕES PARA CANCELAMENTO CONFORME RESOLUÇÃO DO CFESS Nº 582/2010

Para iniciar o processo de **cancelamento**, leia atentamente a [Resolução CFESS 582/2010](#), imprima o formulário de requerimento abaixo, preencha-o e reúna a seguinte documentação:

Formulário de Requerimento

O formulário está logo abaixo desta lista de orientações. Caso necessário, pode ser baixado também no site www.cress-mg.org.br ou solicitado ao CRESS-MG, pelo e-mail registro@cress-mg.org.br.

Declaração de não exercício profissional

- Modelo de declaração:

"Declaro para fins de cancelamento de inscrição profissional, que não exerço qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício profissional de assistentes sociais".

- A declaração deve ser em folha à parte, datada e assinada pela/o profissional.
- Caso a sua situação não seja a mesma prevista pelo modelo, deve-se declarar de maneira que fique clara a situação particular da/o profissional.

Original da Carteira de Identidade profissional

- Em caso de eventual extravio da Carteira de Identidade Profissional, o assistente social deverá juntar ao requerimento declaração sobre o fato, sob as penas da Lei.

Caso a carteira ainda não tenha sido retirada junto ao CRESS, desconsidere este item.

Original da Cédula de Identidade Profissional

- Em caso de eventual extravio da Cédula de Identidade Profissional, a/o assistente social deverá juntar ao requerimento, declaração sobre o fato, sob as penas da Lei.

Caso a cédula ainda não tenha sido retirada junto ao CRESS, desconsidere este item.

SEDE:

(31) 3226-2083
cress@cress-mg.org.br
Rua Tupis, 485 - sala 502.
Centro. Belo Horizonte - MG.
CEP 30190-060

SECCIONAL JUIZ DE FORA:

(32) 3217-9186
seccionaljuizdefora@cress-mg.org.br
Av. Barão do Rio Branco, 2595 - sala
1103/1104. Juiz de Fora - MG.
CEP 36010-907

SECCIONAL MONTES CLAROS:

(38) 3221-9358
seccionalmontesclaros@cress-mg.org.br
Av. Coronel Prates, 348 - sala 1002.
Centro. Montes Claros - MG.
CEP 39400-104

SECCIONAL UBERLÂNDIA:

(34) 3236-3024
seccionaluberlandia@cress-mg.org.br
Av. Afonso Pena, 547 - sala 101.
Uberlândia - MG.
CEP 38400-706

Original do Documento de Identidade Profissional (DIP)

- Os Documentos de Identidade Profissional (DIPs) serão inutilizados e devolvidos à ou ao profissional, vedada a retenção.

Caso o DIP ainda não tenha sido retirado, junto ao CRESS, desconsidere este item.

Obs.: No caso de pedido de cancelamento pelo correio, os DIPs inutilizados ficarão disponíveis no CRESS para serem retirados posteriormente pela/o profissional.

Atenção!

De acordo com o Art. 50 - Resol. CFESS 582/2010:

“Qualquer profissional poderá requerer o cancelamento de sua inscrição, desde que declare o não exercício de qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício profissional do assistente social.

Parágrafo Primeiro: Serão devidos e cobrados pelas vias administrativas ou judiciais os débitos anteriores até a data do pedido de cancelamento da inscrição.

Parágrafo Segundo: O deferimento desse pedido só se efetivará se o profissional não estiver respondendo a processo ético e/ou disciplinar.”

SEDE:

(31) 3226-2083
cress@cress-mg.org.br
Rua Tupis, 485 - sala 502.
Centro. Belo Horizonte - MG.
CEP 30190-060

SECCIONAL JUIZ DE FORA:

(32) 3217-9186
seccionaljuizdefora@cress-mg.org.br
Av. Barão do Rio Branco, 2595 - sala
1103/1104. Juiz de Fora - MG.
CEP 36010-907

SECCIONAL MONTES CLAROS:

(38) 3221-9358
seccionalmontesclaros@cress-mg.org.br
Av. Coronel Prates, 348 - sala 1002.
Centro. Montes Claros - MG.
CEP 39400-104

SECCIONAL UBERLÂNDIA:

(34) 3236-3024
seccionaluberlandia@cress-mg.org.br
Av. Afonso Pena, 547 - sala 101.
Uberlândia - MG.
CEP 38400-706



ILMA. SRA. PRESIDENTA DO CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DE MINAS GERAIS - CRESS 6ª REGIÃO

NOME COMPLETO

formada (o) em Serviço Social no ano de _____ e inscrita (o) neste CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - CRESS 6ª REGIÃO sob o nº de CRESS _____, residente na _____ nº _____, complemento: _____,

bairro: _____, cidade: _____, estado: _____,
CEP: _____, telefone: () _____, celular: () _____,

e-mail: _____,
vem respeitosamente requerer à V.Sa que seja concedida a(o):

- Inscrição secundária
 Transferência do CRESS _____ Região para o CRESS _____ Região
 Reinscrição
 Cancelamento de inscrição
 Isenção de anuidade por idade
 Interrupção do exercício profissional
 2ª via da carteira de identidade profissional
 Alteração de nome
 Mudança de endereço
 Outros: _____

Justificativa:

Nestes termos, pede deferimento.

Município

Data: _____ / _____ / _____

CRESS N º: _____

ASSINATURA DA (O) ASSISTENTE SOCIAL

SEDE:

(31) 3226-2083
cress@cress-mg.org.br
Rua Tupis, 485 - sala 502.
Centro. Belo Horizonte - MG.
CEP 30190-060

SECCIONAL JUIZ DE FORA:

(32) 3217-9186
seccionaljuizdefora@cress-mg.org.br
Av. Barão do Rio Branco, 2595 - sala
1103/1104. Juiz de Fora - MG.
CEP 36010-907

SECCIONAL MONTES CLAROS:

(38) 3221-9358
seccionalmontesclaros@cress-mg.org.br
Av. Coronel Prates, 348 - sala 1002.
Centro. Montes Claros - MG.
CEP 39400-104

SECCIONAL UBERLÂNDIA:

(34) 3236-3024
seccionaluberlandia@cress-mg.org.br
Av. Afonso Pena, 547 - sala 101.
Uberlândia - MG.
CEP 38400-706