

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: ____/____/____

ASSINATURA DA (O) ASSISTENTE SOCIAL

CRESS N °: _____

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