



CREA-MT
Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura
e Agronomia do Mato Grosso

PROTOCOLO

REQUERIMENTO CANCELAMENTO
REGISTRO PROFISSIONAL
POR FALECIMENTO

DATA ____/____/____

MATRÍCULA FUNCIONAL

O signatário deste solicita, em face do falecimento do profissional abaixo identificado, cancelamento do seu registro profissional nesse Conselho Regional.

Nome do Profissional

Título

CREA Nº

Expedida em

Endereço

Bairro

Município

UF

Nome do Requerente

CPF

____/____/____
Local e data

Assinatura do requerente

DOCUMENTO OBRIGATÓRIO

Certidão de óbito autenticada ou original e cópia para ser autenticado no Crea-MT.

Após o processamento interno, no prazo de até 7(sete) dias, o requerente poderá verificar o atendimento da solicitação, no site do Conselho, constante no rodapé deste requerimento.