REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ESPECÍFICA (ARTE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTRATADO** | Nome do Profissional Contratado: | CPF: | CRA-RO nº |
| Titulação do Profissional: |
| Endereço: | Bairro: |
| Fone:( )  | E-mail: | Cidade: | CEP: | UF:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONTRATANTE** | Nome da Empresa/Órgão: | CPF/CNPJ: |
| Endereço: | Bairro: |
| Fone:( )  | E-mail: | Cidade: | CEP: | UF:  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS** | Descrição dos Serviços:Restritos às atribuições em conformidade com a RESOLUÇÃO NORMATIVA CFA Nº 505, 11 DE MAIO DE 2017, cujos Eixos Tecnológicos sejam voltados aos campos abrangidos pela Lei nº 4.769/1965 |
| Atividades: |

|  |  |
| --- | --- |
| **VINCULAÇÃO DE SERVIÇOS** | Tipo de vinculo profissional com a contratante:Empregado do Quadro Prestador de serviços Proprietário Administrador Procurador |
| Valor da Remuneração Mensal | Duração de contrato: | Data do início do contrato |
| Valor do Serviço: | Vigência do Contrato: |

Cidade -RO, de 20 .

Assinatura do requerente

Registro CRA-RO