

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO

DECLARAÇÃO DE COMPATIBILIZAÇÃO (formulário a seguir)

Obs.: Formulário deverá ser preenchido pelo profissional indicado no quadro técnico.

1. Identificação do Profissional

Neste campo deverá ser informado os dados do profissional: Nome, Título(s) Profissional, Nº do Registro (CREA-origem) e Nº do Visto Crea-ES (constante na CRQ – Certidão de Registro e Quitação).

2. Local de Residência (Origem):

Neste campo deverá ser informado o endereço de residência do profissional.

3. Local de Residência/Hospedagem no Espírito Santo:

Para os profissionais residentes no Espírito Santo - Repetir o endereço declarado no campo 2.

Para os profissionais de outro Estado - Deverá ser informado o local onde o profissional ficará hospedado no Espírito Santo.

Nota: Todos profissionais deverão anexar junto com este formulário o comprovante da opção assinalada, em um único documento pdf.

4. Vínculos (informar todos os vínculos profissionais já existentes):

Neste campo deverá ser informado TODOS os vínculos que o profissional possui, em todo território nacional, bem como a carga horária cumprida, cidade e a UF.

5. Informar o vínculo que está sendo solicitado e o Nível de atuação no Espírito Santo:

Neste campo deverá ser informado o vínculo que esta sendo solicitado e assinalado o nível (**apenas 1**) de participação do profissional nas atividades que serão desenvolvidas pela empresa, bem como a carga horária a ser cumprida, devendo estar de acordo com a carga horária mencionada na ART de cargo ou função.

Obs.: Para as atividades de Gerenciamento, Coordenação, Supervisão, deverá ser indicado o profissional responsável técnico pela Execução dos Serviços.

- **Gerenciamento** - Trabalho executado por um grupo de profissionais, da mesma especialidade ou com atribuições em comum, sob a coordenação e supervisão técnica de um outro profissional e sob a gerência do profissional em questão, o qual não participa diretamente das atividades desenvolvidas (exercendo o controle de prazos e custos de elaboração de projetos e/ou execução de obras, controle de qualidade de materiais, produtos e serviços utilizados na elaboração de projetos e/ou execução de obra).
- **Coordenação** - Trabalho executado por um grupo de profissionais, de mesma especialidade ou com atribuições em comum, sob a coordenação e orientação técnica do profissional em questão, o qual não participa diretamente das atividades desenvolvidas (atividade usual de diretores de empresas ou órgãos públicos).
- **Supervisão** - Trabalho executado por um grupo de profissionais de uma mesma especialidade, ou com atribuições em comum, sob a supervisão e orientação técnica do profissional em questão, que participa diretamente das atividades desenvolvidas. (Atividade usual de diretores de empresas ou órgãos públicos).
- **Fiscalização** - Trabalho executado por um grupo de profissionais, da mesma especialidade, ou com atribuições em comum (atividade exercida exclusivamente por órgãos públicos e empresas que não tem como atividade fim engenharia ou quando contratado exclusivamente para tal).
- **Execução** - Trabalho executado pelo próprio profissional, atividade de materialização na obra do que é previsto nos projetos e do que é decidido por si, que examina a correção entre o proposto e o executado.

6. Tipo de obra/serviço a ser prestado no Espírito Santo, bem como Informações adicionais.

Neste campo deverá ser informado dados dos serviços que será prestado no Espírito Santo, compatíveis com as atribuições profissionais, BEM COMO informações adicionais que venham facilitar a análise da solicitação.

SÓ SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS PREENCHIDOS NA ÍNTEGRA.



Declaração de Compatibilização

Declaro para fins de comprovação junto ao Crea-ES a compatibilidade de atuação profissional de acordo com a Resolução 1.121/2019 do Confea, na forma abaixo:

1. Identificação do Profissional:

Nome		
Título Profissional	Número do Registro Profissional	Número do Visto no Espírito Santo

2. Local de Residência (Origem):

Endereço (Rua/Avenida/Praça)		Nº	Complemento (Bloco/Apartamento)
Bairro / Distrito	Município	CEP	UF

3. Local de Residência/Hospedagem no Espírito Santo:

<input type="checkbox"/> Aluguel: OBRIGATÓRIO anexar cópia do contrato de locação e comprovante de endereço em nome do locador (água, luz ou telefone).	<input type="checkbox"/> Própria: OBRIGATÓRIO anexar cópia do comprovante de residência em nome do profissional como conta de luz, água ou telefone.		
<input type="checkbox"/> Hotel: Qual? _____	<input type="checkbox"/> Outras: Em caso de residência de amigo ou parente, OBRIGATÓRIO anexar declaração do mesmo, com firma reconhecida, comprovando a hospedagem. Anexar também cópia do comprovante de endereço em nome do proprietário do imóvel.		
Endereço (Rua/Avenida/Praça)		Nº	Complemento (Bloco/Apartamento)
Bairro / Distrito	Município	CEP	UF

4. Vínculos (informar todos os vínculos profissionais já existentes):

Nome da Empresa	Carga horária	Cidade	UF
Nome da Empresa	Carga horária	Cidade	UF
Nome da Empresa	Carga horária	Cidade	UF
Nome da Empresa	Carga horária	Cidade	UF
Nome da Empresa	Carga horária	Cidade	UF

5. Informar o Vínculo que está sendo solicitado e o Nível de atuação no Espírito Santo:

Nome da Empresa	Carga horária	Cidade	UF
-----------------	---------------	--------	----

Nível de Atuação: Gerenciamento Fiscalização Execução Supervisão Coordenação

6. Tipo de obra/serviço a ser prestado no Espírito Santo, bem como Informações adicionais:

O formulário deverá ser preenchido na íntegra, sendo de total responsabilidade do profissional declarante.

Dispõe o art. 299 do Código Penal

“Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos...”

Código de Ética - Da infração ética - Artigo 13º

“Constitui-se infração ética todo ato cometido pelo profissional que atente contra os princípios éticos, descumpra os deveres do ofício, pratique condutas expressamente vedadas ou lese direitos reconhecidos de outrem.”

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do profissional