|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CMA-CRA-RS  Formulário para solicitação de Mediação, Conciliação ou Arbitragem** | | | | | |
|  | | | |  |  |
| São 4 passos para preenchimento com dados de seu caso de conflito.   * Dados do Caso/Litigio * Dados do Requente * Dados do Requerido * Enviar este formulário preenchido para CMA-CRA-RS | | | | | |
| A CMA-CRA-RS irá receber seu pedido, e após análise entrará em contato com você, através dos dados inseridos. | | | | | |
|  | | | |  |  |
| **1º Passo** | **Dados do Caso (\*)**Preencha abaixo as informações sobre o caso que deseja resolver. Faça um breve resumo dos fatos  . | | | | |
|  | | | | | |
| Mediação ( ) | | Arbitragem ( ) | Selecione uma das opções ao lado.  Preencha abaixo como gostaria de resolver: se por Arbitragem, Mediação ou Conciliação | | |
|  | | | | | |
| Abaixo campo destinado ao valor em Reais que está sendo questionado no conflito.  Pode ser utilizado valor estimado.  Abaixo campo destinado ao valor em Reais que está sendo questionado no conflito.  Pode ser utilizado valor estimado. | | | | | |
| **R$ xxxx.xxxx,xx (valor por extenso)** | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | |
| **2º Passo** | **Seus** **Dados (\*)**  Preencha com o seus dados pessoais ou os dados da sua empresa. | | | | |
| Perfil - marque um  **X** | ( ) Parte | ( ) Advogado /Representante | | | ( ) Terceiro Interessado |
| Tipo de Pessoa – marque um **X** | ( ) Pessoa Física | ( ) Pessoa Jurídica | | | |
| Nome |  | | | | |
| CPF / CNPJ |  | | | | |
| Endereço (Rua e bairro) |  | | | | |
| Cidade, Estado e CEP |  | | | | |
| E-mail contato |  | | | | |
| Fone de contato |  | | | | |
| Nacionalidade |  | | | | |
| Profissão / Ramo de atuação |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
|  |  | | | | |
| **3º Passo** | **Dados da Outra Parte (\*)**  Preencha a seguir os dados conhecidos da outra parte. | | | | |
|  | | | | | |
| Perfil - marque um  **X** | ( ) Parte | ( ) Advogado /  Representante | | ( ) Terceiro Interessado | |
| Tipo de Pessoa – marque um **X** | ( ) Pessoa Física | ( ) Pessoa Jurídica | | | |
| Nome |  | | | | |
| CPF / CNPJ |  | | | | |
| Endereço (Rua e bairro) |  | | | | |
| Cidade, Estado e CEP |  | | | | |
| E-mail contato |  | | | | |
| Fone de contato |  | | | | |
| Nacionalidade |  | | | | |
| Profissão / Ramo de atuação |  | | | | |
|  |  | | | | |

(\*) Dados Obrigatórios

**4º Passo**

**O FORMULÁRIO ACIMA DEVERÁ SER PREENCHIDO, SALVO EM ARQUIVO NO FORMATO “.pdf” e ENCAMINHADO POR E-MAIL PARA: cma@crars.org.br**