



CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE
DA PARAÍBA

Rua Rodrigues de Aquino, 208 . Centro . João Pessoa . Paraíba

Fone (083) 3044-1313 - CEP 58.013-030

Home Page: www.crcpb.org.br E-mail: crcpb@crcpb.org.br

REQUERIMENTO DE BAIXA DE REGISTRO PROFISSIONAL

Senhor Presidente,

O Contabilista abaixo identificado vem requerer a baixa de seu Registro Profissional.

DADOS DO PROFISSIONAL			
Registro Profissional (CRC)	Nome Completo		Categoria Profissional
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
CEP	Endereço		Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF
Telefone Residencial	Celular	Endereço Eletrônico (E-mail)	
MOTIVOS DO PEDIDO DA BAIXA			
<input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Autônomo. Nesse caso, deverá preencher o campo Detalhamento das Funções/Atividades Exercidas <input type="checkbox"/> Exercendo outra profissão. Nesse caso deverá preencher o bloco DADOS PROFISSIONAIS.			
DADOS PROFISSIONAIS			
Nome da Empresa		CNPJ	
CEP	Endereço		Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF
Telefone Comercial	Cargo Ocupado		
Detalhamento das Funções/Atividades Exercidas: _____ _____ _____			
Declaro sob as penas da Lei que não exerço a profissão contábil e que as informações apresentadas são verídicas. _____, de _____ de 20____.			
_____ Assinatura do Requerente			