



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](http://www.crcpb.org.br) E-mail: [crcpb@crcpb.org.br](mailto: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			