



CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DA PARAÍBA

www.crcpb.org.br E-mail: registro@crcpb.org.br

REQUERIMENTO DE BAIXA/CANCELAMENTO DE REGISTRO CADASTRAL

Senhor Presidente,

O abaixo identificado vem requerer:

- () Baixa do Registro Cadastral
() Cancelamento do Registro Cadastral (com apresentação de Distrato / Comprovante de Extinção)

DADOS CADASTRAIS

Reg. Cadastral	Denominação / Razão Social	CNPJ / CPF	
Nome do Titular/Sócio Responsável		Registro Profissional do Titular/Sócio (CRC)	
ENDEREÇO COMERCIAL			
Endereço	Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone	Celular	E-mail	

MOTIVOS DO PEDIDO

- () Cessação das atividades contábeis. Apresentar Distrato Social / Comprovante de Extinção.
() Interrupção das atividades contábeis. Apresentar Declaração de Imposto de Renda de Pessoa Jurídica – Inativa, Certidão de Baixa de Inscrição Municipal ou outro documento hábil.

CONFISSÃO DE DÍVIDA*

O requerente reconhece neste ato que a Organização Contábil acima identificada possui no Conselho Regional de Contabilidade da Paraíba um débito no montante de R\$ _____, (_____),
quantia esta que atesta ser líquida, certa e exigível, a qual se refere a:

Declaro sob as penas da Lei que as informações apresentadas são verídicas.

Nestes termos, pede deferimento.

_____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Requerente