



Conselho Regional de Contabilidade do Estado do Ceará

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 () Contador () Técnico	
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
CEP	Endereço	Numero	
Complemento	Bairro	Cidade	UF
Telefone Residencial	Celular	Endereço Eletrônico (E-mail)	
MOTIVOS DO PEDIDO DE BAIXA			
<input type="checkbox"/> Desempregado			
<input type="checkbox"/> Aposentado			
<input type="checkbox"/> Autônomo. Neste caso, deverá preencher o campo Detalhamento das funções/Atividades Exercidas.			
<input type="checkbox"/> Exercendo outra profissão. Neste caso deverá preencher o bloco DADOS PROFISSIONAIS.			
DADOS PROFISSIONAIS			
Nome da Empresa	CNPJ		
CEP	Endereço	Numero	
Complemento	Bairro	Cidade	UF
Cargo Ocupado			
Detalhamento das funções/Atividades Exercidas			
CONFISSÃO DE DÍVIDAS*			
<p>O requerente reconhece neste ato que possui no Conselho Regional de Contabilidade do Estado do Ceará um debito no montante de R\$ _____ (_____), quantia esta que atesta ser liquida, certa exigível, a qual se refere a (descrever sobre o que se refere o debito), tendo ciência que a falta de quitação implicará cobrança judicial.</p> <p>*Somente para profissionais em debito no CRC-CE.</p>			
<p>Declaro sob as penas da Lei que não exerço a profissão contábil e que as informações apresentadas são verídicas.</p> <p>_____, _____ de _____ de _____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Requerente</p>			