

REQUERIMENTO DE BAIXA DE REGISTRO PROFISSIONAL

Senhor Presidente,

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

DADOS DO PROFISSIONAL			
Número de 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) <input type="checkbox"/> Licença Médica			
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 junto ao Conselho Regional de Contabilidade do Ceará débito(s) no montante de R\$ _____ (_____), quantia esta que atesta ser líquida, certa, exigível, a qual se refere a(s) _____, e tem ciência de que a não quitação implicará protesto e/ou cobrança judicial do valor devidamente atualizado.</p> <p style="text-align: right;">*Somente para profissionais em débito com o CRC-CE.</p>			
Declaro sob as penas da Lei que não exerço a profissão contábil e que as informações apresentadas são verídicas.			
_____, _____ de _____ de _____ _____ Assinatura do Requerente		Recebido na Delegacia do CRCCE em _____ / _____ / _____ Responsável: _____	