

REQUERIMENTO PARA BAIXA /CANCELAMENTO DE REGISTRO CADASTRAL

Senhor Presidente

O(s) abaixo identificado(s) vem (vêm) requerer:

- Baixa de registro cadastral - Sociedade Baixa de registro - Escritório Individual Baixa de registro de Filial
 Baixa de registro - Empresário Baixa de registro Transferido Cancelamento de Registro

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Dados da Organização Contábil – Sociedade – Escritório individual - Empresário

Nº do CRC da organização	Denominação / Razão Social	CNPJ / CPF
--------------------------	----------------------------	------------

Nome fantasia	Nº Empregados	Possui filial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------	---------------	---

Endereço

Rua/Av.	Nº	Complemento
---------	----	-------------

Bairro	Cidade	UF	CEP
--------	--------	----	-----

Telefone ()	Fax ()	e-mail
--------------------	---------------	--------

Endereço Filial

Rua/Av.	Nº	Complemento
---------	----	-------------

Bairro	Cidade	UF	CEP
--------	--------	----	-----

Telefone ()	Fax ()	e-mail
--------------------	---------------	--------

Sócio / Titular / Responsável Técnico

NOME	CATEGORIA	N.º REGISTRO	SITUAÇÃO
	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Contabilidade <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> Sócio/Titular <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Contratado/Funcionário
	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Contabilidade <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> Sócio/Titular <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Contratado/Funcionário
	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Contabilidade <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> Sócio/Titular <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Contratado/Funcionário
	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Contabilidade <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> Sócio/Titular <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Contratado/Funcionário
	<input type="checkbox"/> Contador <input type="checkbox"/> Téc. Contabilidade <input type="checkbox"/> Outra Profissão		<input type="checkbox"/> Sócio/Titular <input type="checkbox"/> Responsável Técnico <input type="checkbox"/> Contratado/Funcionário

Tendo a Organização Contábil sede no endereço domiciliar do requerente, fica desde já autorizada a entrada da fiscalização em suas dependências (art. 5º § único da Resolução CFC 1.555/2018).

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura