

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** |
| ( ) Desempregado ( ) Aposentado( ) Autônomo. Nesse caso, deverá preencher o campo Detalhamento das Funções/Atividades Exercidas ( ) 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 \_ .Assinatura do Requerente |
|  |

Rua Dona Tereza de Azevedo

CEP: 57057570, Maceió - AL Fone: (82) 3194/3030

[www.crcal.org.br](http://www.crcal.org.br/) crcal@crcal.org.br