

REQUERIMENTO PARA PROFISSIONAL CONTÁBIL(Res. CFC 1.707/2023) (exceto Baixa de registro- requerimeno próprio)

Assinale a informação sobre a **carteira de identidade profissional:**

( ) Desejo solicitar a carteira de identidade em formato digital (sem custo)

( ) **Não** desejo solicitar nova carteira

obrigatóra

Foto 3x4,

recente, colorida, com fundo branco e a face ocupando de 70% a 80% da fotografia.

Senhor Presidente,

O abaixo identificado vem requerer:

( ) Registro Definitivo Originário ( ) Alteração de nome ou nacionalidade

( ) Registro Definitivo Transferido ( ) Cancelamento de Registro (falecimento)

( ) Restabelecimento de Registro ( ) Alteração de categoria

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS** | | | | | | | | | | | |
| Registro Profissional | Nome | | | | | | | | Categoria | | |
| Nome do Pai | | | | Nome da Mãe | | | | | | | |
| Data de Nascimento | Sexo | | Estado Civil | | | Nacionalidade | | | | | |
| Naturalidade | | | | UF | | Nascido no Exterior?  ( ) Sim ( ) Não | | | | | |
| Tipo de Visto | Data de Vencimento do Visto | | | Endereço Eletrônico (E-Mail) | | | | | | | |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL** | | | | | | | | | | | |
| CEP | Endereço | | | | | Número | | Complemento | | | |
| Bairro | | | Caixa Postal | | | Cidade | | | | | UF |
| **ENDEREÇO COMERCIAL** | | | | | | | | | | | |
| CEP | Endereço | | | | | Número | | Complemento | | | |
| Bairro | | | Caixa Postal | | | Cidade | | | | | UF |
| Recebimento de Correspondências: | | ( ) No Endereço Residencial | | ( ) No Endereço Comercial | | |  |  | |  |  |
| TELEFONES | | | | DOCUMENTOS | | | | | | | |
| Residencial | DDD | | Número | CPF | | | | | | | |
| Comercial | DDD | | Número | Documento de Identidade | | Órgão Expedidor | | UF | | Data de Emissão | |
| Celular | DDD | | Número | Certificado Reservista | | Título de Eleitor | | | | | |
| **FORMA DE ATUAÇÃO** | | | | | | | | | | | |
| Forma de Atuação | | | Empresa | | | | | | | | |
| CNPJ | | | Cargo | | | | | | | | |
| **ÁREAS DE ATUAÇÃO** | | | | | | | | | | | |
| ( ) Contábil ( ) Auditoria | | ( ) Perícia ( ) Magistério | | | ( ) Outras – especifique: | |  |  | |  |  |
| **ESCOLARIDADE** | | | | | | | | | | | |
| Natureza do Título | | | Instituição de Ensino | | | UF | | Data Diplomação/Colação | | | |
| **REGISTRO DO DIPLOMA** | | | | | **OUTRAS GRADUAÇÕES** | | | | | | |
| Número | | UF | Órgão | | Curso | | Curso | | | | |

Declaro que li e conferi os dados e que as informações estão corretas. Estou ciente das conseqüências que poderão advir por qualquer declaração falsa por mim prestada no presente documento, na forma do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Nos termos, pede deferimento.

, de de .

Protocolo

Assinar dentro do espaço acima sem encostar na borda (em caso de opção pela de carteira digital)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SHCS CR QD 505, Bl. C, Loja 45 – Brasília/DF – Cep: 70350-530

Telefone: (61) 3321-1757 Fax: (61) 3321-1747

[crcdf@crcdf.org.br](mailto:crcdf@crcdf.org.br) – [www.crcdf.org.br](file:///D:\backup2018\outros\Internet_CPD\Nova%20pasta\www.crcdf.org.br)

SHCS CR QD 505, Bl. C, Loja 45 – Brasília/DF – Cep: 70350-530

Telefone: (61) 3321-1757 Fax: (61) 3321-1747

[crcdf@crcdf.org.br](mailto:crcdf@crcdf.org.br) – [www.crcdf.org.br](file:///D:\backup2018\outros\Internet_CPD\Nova%20pasta\www.crcdf.org.br)

SHCS CR QD 505, Bl. C, Loja 45 – Brasília/DF – CEP: 70350-530

Telefone: (61) 3321-1757

[registro@crcdf.org.br](mailto:registro@crcdf.org.br) – [www.crcdf.org.br](file:///D:\backup2018\outros\Internet_CPD\Nova%20pasta\www.crcdf.org.br)