



CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO RIO GRANDE DO SUL

REQUERIMENTO PARA PROFISSIONAL CONTÁBIL

Senhor Presidente,
O abaixo identificado vem requerer:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Definitivo Originário | <input type="checkbox"/> Restabelecimento de Registro |
| <input type="checkbox"/> Registro Definitivo Transferido | <input type="checkbox"/> Alteração de categoria |
| <input type="checkbox"/> Registro Provisório | <input type="checkbox"/> Alteração provisória de categoria |
| <input type="checkbox"/> Registro Provisório Transferido | <input type="checkbox"/> Alteração de nome ou nacionalidade |
| <input type="checkbox"/> Conversão de Registro Provisório em Definitivo | <input type="checkbox"/> Cancelamento de Registro (falecimento) |
| <input type="checkbox"/> 2ª via de Carteira de Contabilista | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

Foto 3X4

Polegar Direito

DADOS PESSOAIS					
Registro Profissional	Nome Fábio Henrique Dutra				Categoria AB
Nome do Pai Antônio Donizeti da Costa			Nome da Mãe Joselis Walda		
Data de Nascimento 31/03/1994	Sexo M	Estado Civil Solteiro		Nacionalidade Brasileiro	
Naturalidade Brasileiro		UF SP		Nascido no Exterior? () Sim (x) Não	
Tipo de Visto		Data de Vencimento do Visto		Endereço Eletrônico (E-Mail)	
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
CEP 14098-200	Endereço Rua Tal tal tal teste			Número 555	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
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/Colaço
REGISTRO DO DIPLOMA			OUTRAS GRADUAÇÕES		
Número	UF	Órgão	Curso	Curso	
PÓS-GRADUAÇÃO					
Tipo de Formação	Área de Formação		UF	Instituição de Ensino	Ano
Especialização					
Mestrado					
Doutorado					

Declaro que li e conferi os dados e que as informações estão corretas. Estou ciente das consequências 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 _____.

Assinatura

Protocolo