Sistema Unificado de Solicitação
De
Carteiras Profissionais

Dados Pessoais, Profissionais e Acadêmicos.
Preenchimento Obrigatório.

NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
RG: | __|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ÓRGÃO EMISSOR: | __|__|__|__|__|__|__| __|__|__|__|__|UF-RG: |__|__|
DATA-RG: |__|__|/ |__|__|-|__|__|__|__| CPF: | __|__|__|.|__|__|__|.|__|__|__|-|__|__|
DATA DE NASCIMENTO: |__|__|/ |__|__|-|__|__|__|__| NACIONALIDADE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
NATURALIDADE: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
TIPO SANGUÍNEO: |__|__|__|__| DOADOR DE ÓRGÃOS: |__|__|__| (sim ou não)

ENDEREÇO:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
BAIRRO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
NÚMERO:|__|__|__|__|__|__|__| CIDADE:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|UF: |__|__|
CEP: |__|__| .|__|__|__|__|-|__|__|__|__| COMPLEMENTO:| __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
TELEFONE: (|__|__|) |__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__| CELULAR: (|__|__|) |__|__|__|__|__|-|__|__|__|__|__|
E-MAIL:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NÚMERO DO REGISTRO: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| DATA DE INSCRIÇÃO: |__|__|/ |__|__|-|__|__|__|__|
TÍTULO:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
ESPECIALIDADE (se houver): |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
DIPLOMADO PELA: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|DATA DE DIPLOMAÇÃO:|__|__|/|__|__|-|__|__|__|__|

Declaro, sob as penas da lei, estar ciente das consequências que poderão advir por qualquer declaração falsa que prestar, na forma do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

FOTO

DIGITAL

ASSINATURA

Art. 299 do Código Penal - Decreto Lei 2848/40 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

_____________________,___ de _____________ de ______

Assinatura do Profissional

Reconheço a regularidade do registro e autorizo a emissão da Carteira de Identificação Profissional

Presidente do Conselho Regional de Economia