

PROCEDIMENTOS PARA BAIXA TEMPORÁRIA OU CANCELAMENTO

- **Art. 23 da Resolução CFN 466/2010.** No caso de interrupção temporária do exercício profissional será concedida baixa de inscrição, a requerimento do interessado e mediante justificativa, e desde que **esteja em dia com as obrigações perante o CRN8** e não esteja sob o alcance de processo ético ou de infração.
- Os pedidos de baixa ou cancelamentos que derem entrada neste CRN8 até a data limite de **31 de março** do respectivo ano, estarão isentos do pagamento da anuidade.
- Assim que a baixa ou o cancelamento for efetuado, será encaminhado via correio por carta registrada, ofício comunicando a autorização da baixa ou do cancelamento.
- Preencher o requerimento abaixo, juntando a documentação solicitada;
- Ao final de 05 (cinco) anos, caso não haja o pedido de prorrogação da baixa, antes do vencimento do prazo, a inscrição será cancelada automaticamente.

SOLICITAÇÃO DE BAIXA TEMPORÁRIA (NUTRICIONISTA)

Exma. Sra. Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas da 8ª Região – CRN-8:

Eu, _____, CRN-8 n.º _____, residente à _____, n.º _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Estado _____, CEP: _____, Email: _____, DDD: _____, Fone: _____, Celular: _____, solicito nesta data a baixa temporária da inscrição, conforme resolução CFN n.º 466/10, artigo 23º, estando ciente que no período em que estiver baixada estarei impossibilitada de exercer a profissão de **Nutricionista**.

Justificativa: _____

Documentos a serem encaminhados com este requerimento:

- () Carteira de Identidade Profissional do Nutricionista (**original**)
- () **Rol de Atividades caso esteja trabalhando** (descrição detalhada das atividades que exerce na Empresa) em papel timbrado da empresa, datar e assinar.
- () Cópias da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), desde a página da foto até a primeira em branco após o último contrato de trabalho.

DECLARAÇÃO

Declaro ter ciência que a baixa temporária tem o prazo de validade de 05 (cinco) anos, podendo ser prorrogável por mais 05 (cinco) anos, desde que haja manifestação de minha parte antes do vencimento do prazo, caso contrário minha inscrição será cancelada automaticamente. Estou ciente de que a mesma só será efetivada caso não esteja sob o alcance de processo ético ou de infração. Comprometo-me a não exercer nenhuma atividade profissional, citada nos artigos 3º e 4º da Lei Federal 8234/91, enquanto estiver vigorando a baixa temporária do exercício de Nutricionista.

Curitiba, _____ de _____ 201__.

Assinatura

() Deferimento	() Indeferimento	() Diligência
.....		
.....		
RESPONSÁVEL		
____/____/____		

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DEFINITIVO DA INSCRIÇÃO (NUTRICIONISTA)

Exma. Sra. Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas da 8ª Região – CRN-8:

Eu, _____, CRN-8 n.º _____, residente à _____, n.º _____, Bairro: _____, Cidade: _____, Estado _____, CEP: _____ E-mail: _____, DDD: _____, Fone: _____, Celular: _____,

solicito nesta data o cancelamento definitivo da inscrição, conforme resolução CFN n.º 466/10, artigo 21º, estando ciente que estarei impossibilitado(a) de exercer a profissão de **Nutricionista**.

Justificativa: _____

Documentos a serem encaminhados com este requerimento:

- () Carteira de Identificação Profissional (**original**)
- () **Rol de Atividades caso esteja trabalhando** (descrição detalhada das atividades que exerce na Empresa) em papel timbrado da empresa, datar e assinar.
- () Cópias da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), desde a página da foto até a primeira em branco após o último contrato de trabalho

DECLARAÇÃO

Declaro ter ciência de que o cancelamento não será efetivado caso esteja sob o alcance de processo ético ou de infração. Comprometo-me a não exercer nenhuma atividade profissional, citada nos artigos 3º e 4º da Lei Federal 8234/91, enquanto estiver com a inscrição cancelada.

Curitiba, _____ de _____ 201__.

Assinatura

() Deferimento () Indeferimento () Diligência
.....
.....
RESPONSÁVEL
____/____/____