



CRB-5

Processo: /2024 Fls.:
Ass.: _____

SISTEMA CFB/CRB
CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA 5ª REGIÃO - BAHIA / SERGIPE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA REQUERER A MUDANÇA DE NOME:

- Preencher o requerimento;

Obs.: **Iniciar o requerimento escrevendo o nome que se encontra atualmente registrado no CRB.**

No item 4 -> marcar a situação ref. a mudança do nome.;

No item 7 -> em especificar, escrever o nome atual.

- Ler, datar e assinar o Termo de Compromisso;

- Certidão de casamento (se for mudança de nome por motivo matrimônio); Certidão de casamento averbada (quando for mudança de nome por motivo de desquite ou divórcio);

- Carteira de Identidade Profissional (CIP) (para anotação da mudança do nome) e Cédula;



CRB-5

Processo: /2024 Fls.:
Ass.: _____

SISTEMA CFB/CRB
CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA 5ª REGIÃO - BAHIA / SERGIPE

ILMO(A)SR.(A) PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA-5 REGIÃO

Eu, _____ CRB _____ Nº _____
(nome do(a) requerente registrado no CRB-5)

Profissão: _____ Estado Civil: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ TEL: _____ CELULAR: _____

EMAIL: _____

CPF.: _____ RG: _____

Vem requerer junto a esse Conselho a averbação de seu nome para:

em função de: _____

Para tanto, anexa o seguinte documento: _____

, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) requerente



CRB-5

Processo: _____/2024 Fls.: _____
Ass.: _____

SISTEMA CFB/CRB
CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA 5ª REGIÃO - BAHIA / SERGIPE

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, abaixo assinado(a) inscrito(a) neste CRB-5 sob nº _____ estou ciente:

a) de que devo:

- comunicar alterações do nome, endereço residencial, profissional, [telefones e email](#);
- recolher pontualmente ao CRB-5 a anuidade devida por exercício da profissão, até 31 de março de cada ano, independente da denominação que o cargo, emprego ou função tenha no local de trabalho;
- comunicar no prazo de trinta (30) dias, sua admissão ou desligamento da empresa ou instituição;
- votar trienalmente nas eleições para Conselheiros, assumindo a multa respectiva se deixar de fazê-lo sem justificativa [acatada pela Comissão Eleitoral](#);
- solicitar ao CRB de origem, transferência para o CRB da nova jurisdição sempre que houver mudança de domicílio profissional;
- Na hipótese de suspensão da atividade profissional na Região secundária, o profissional deverá requerer transferência, cancelamento ou baixa de registro secundário.
- acionar as Comissões de Ética Profissional e de Fiscalização Profissional sempre que tomar conhecimento de alguma irregularidade, contribuindo para que essas Comissões cumpram suas atribuições;
- indicar o número de registro no CRB-5 ao firmar documentos como bibliotecário;
- pagar multa por exercício ilegal da profissão se, tendo cancelado ou em licença temporária, for autuado(a) em atividade.

b) de que tenho direito:

- solicitar licença temporária quando deixar de exercer a profissão temporariamente. Esta licença tem validade máxima de 2 anos podendo ser renovado [por \(mais um período de 02 anos\)](#). Neste período estarei isento(a) do pagamento de anuidades e da obrigação de votar, podendo ser revigorado(a) a qualquer tempo, a meu requerimento, mediante pagamento de taxa de revigoração;
- solicitar cancelamento quando deixar de exercer a profissão definitivamente, podendo haver reintegração a qualquer tempo, a requerimento, mediante pagamento de nova taxa de inscrição;
- receber do CRB-5, com a possível antecedência, as guias para pagamento de anuidades e taxas;
- receber do CRB-5 orientação sobre qualquer assunto de sua competência que seja do meu interesse.

Declaro ainda assumir a responsabilidade de assegurar o contato mútuo com o CRB-5 em todas as circunstâncias acima previstas, respondendo, caso não o faça, por todas as consequências desta omissão.

Local e data _____

Nome completo: _____

Assinatura _____



CRB-5

Processo: /2024 Fls.:
Ass.: _____

SISTEMA CFB/CRB
CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA 5ª REGIÃO - BAHIA / SERGIPE

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

Eu, _____,

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos Documentos entregues.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local e data _____

Assinatura _____