



**CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
CRECI 8ª REGIÃO - DF
COORDENADORIA DE SECRETARIA ADMINISTRATIVA**

PROCESSO Nº:	
REQUERENTE:	
DATA:	

ASSUNTO:	ALTERAÇÃO DE NOME PROFISSIONAL ABREVIADO
-----------------	---

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE NOME PROFISSIONAL ABREVIADO
- AUTORIZAÇÃO PARA NOME PROFISSIONAL ABREVIADO
- COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA ALTERAÇÃO DE NOME PROFISSIONAL ABREVIADO

AUTORIZO SER COMUNICADO DA DECISÃO:	NOME DO REQUERENTE:
() E-MAIL	_____
() TELEFONE, WHATSAP E SMS	_____
E-MAIL:	ASSINATURA:
_____	_____
TELEFONE: _____	
CELULAR: _____	
Todos os dados cadastrados devem estar devidamente atualizados conforme Art. 36 da Resolução-COFECI N° 327/92 juntamente com o Art. 38 Inciso IX do Decreto 81.871/78.	

Informamos que em caso de não pagamento da taxa que garante o trâmite do processo, este será eliminado sem qualquer tipo de análise após 30 (trinta) dias do vencimento do débito.

AUTORIZAÇÃO PARA NOME PROFISSIONAL ABREVIADO

ILMO SR. PRESIDENTE DO CRECI 8ª REGIÃO-DF

EU, _____
(NOME COMPLETO)

INSCRITO NO CRECI-DF SOB O Nº _____, VENHO RESPEITOSAMENTE, REQUERER A V.Sª

ALTERAÇÃO DO NOME PROFISSIONAL ABREVIADO:

(NOME PROFISSIONAL ABREVIADO)

SOMENTE FUNCIONÁRIO DO CRECI

JÁ EXISTE NO SISTEMA?

SIM, CRECI Nº _____ NÃO

FOI VERIFICADO EM: ____ / ____ / ____

POR _____
(NOME SOBRENOME)

Brasília-DF, ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO REQUERENTE