



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

PROCESSO Nº:	
REQUERENTE:	
DATA:	

ALTERAÇÃO DE NOME PROFISSIONAL ABREVIADO

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

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

Declaro que vivo e resido no endereço declarado neste processo, onde poderão ser enviadas correspondências e notificações de toda e qualquer natureza, reconheço e autorizo ao CRECI/DF, utilizar expedientes para o mesmo fim, por chamadas telefônicas realizadas por servidores do CRECI/DF, também por mensagem de texto, whatsapp, E-mail ou AR, reconhecendo a validade das notificações. Que meus atos praticados mediante utilização de minha senha pessoal, junto ao sitio do CRECI/DF, serão reconhecidos e acatados para que surtam seus efeitos legais, pelo que assumo inteira e total responsabilidade.

DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO (A) REQUERENTE

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.



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

AUTORIZAÇÃO PARA NOME PROFISSIONAL ABREVIADO

ILMO SR. PRESIDENTE DO CRECI 8ª REGIÃO-DF

EU, _____
(NOME COMPLETO)

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

ALTERAÇÃO DO NOME PROFISSIONAL ABREVIADO:

(NOME PROFISSIONAL ABREVIADO)

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO (A) REQUERENTE

SOMENTE FUNCIONÁRIO DO CRECI

JÁ EXISTE NO SISTEMA?

SIM, CRECI N° _____ NÃO.

FOI VERIFICADO EM: ____/____/____

**POR _____
(NOME E SOBRENOME)**