



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

PROCESSO Nº:	
---------------------	--

**SUSPENÇÃO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA EM
RAZÃO DE DOENÇA GRAVE**

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- RELATÓRIO MÉDICO (EM ANEXO)
- LAUDO MÉDICO

REQUERIMENTO PARA SUSPENÇÃO DE PESSOA FÍSICA

NOME

CRECI

ENDREÇO

CEP

E-MAIL

TELEFONE

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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 sítio do CRECI/DF, serão reconhecidos e acatados para que surtam seus efeitos legais, pelo que assumo inteira e total responsabilidade.

Declaro estar ciente de que quando a doença incapacitante permanentemente ao exercício da profissão de corretor de imóveis, este requerimento será convertido, de ofício, em CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO NO CRECI/DF

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE



ANEXO
RELATÓRIO MÉDICO

(Este laudo deve estar acompanhado do relatório médico)

Nome do paciente:	
CPF:	Profissão: Corretor de Imóveis
Endereço:	
E-mail:	Telefone: ()

DIAGNÓSTICO DA MOLÉSTIA

(Art. 28, §§1º e 2º do Ato Normativo 1/2018)

Descrição dos elementos que fundamentam a moléstia:

Nome da doença:	CID da moléstia:
------------------------	-------------------------

A moléstia foi constatada em data anterior à emissão deste laudo? SIM NÃO

Data em a moléstia foi constatada?

A moléstia é GRAVE? SIM NÃO

A moléstia é incapacitante ao exercício da profissão de corretor de imóveis? SIM NÃO

A moléstia é passível de controle? SIM NÃO

Em sendo **passível de controle**, qual o prazo que o portador da moléstia grave provavelmente esteja assintomático? (indicar o período em meses)

Em sendo a moléstia **permanentemente incapacitante** ao exercício da profissão de corretor de imóveis, descrever os motivos da incapacidade permanente:

Nome do Hospital/Clínica:	Carimbo e assinatura
Nome do médico:	
CRM:	
Data:	



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



LAUDO PERICIAL

O laudo pericial deverá constar as informações descritas no Ato Normativo nº 1/2018, art. 28, § 1º, que são:

- I.** órgão emissor;
- II.** qualificação do portador da moléstia;
- III.** diagnóstico da moléstia (descrição; CID-10; elementos que o fundamentaram; a data em que a pessoa física é considerada portadora da moléstia grave, nos casos de constatação da existência da doença em período anterior à emissão do laudo);
- IV.** caso a moléstia seja passível de controle, o prazo de validade do laudo pericial ao fim do qual o portador de moléstia grave provavelmente esteja assintomático; e
- V.** nome completo, assinatura, nº de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), o nº de registro no órgão público e a qualificação do(s) profissional(is) do serviço médico responsável(is) pela emissão do laudo pericial.

§ 2º - Além do laudo médico no §1º, deve o médico preencher o relatório médico do anexo, datar e assinar, a fim de sê-lo juntado com o laudo médico.