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

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
FLS. 1
COSEC

PROCESSO Nº:	

SUSPENSÃO 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

Declaro que vivo e residido 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.

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 (A) REQUERENTE

CONSELHO REGIONAL DE CORRETORES DE IMÓVEIS
FLS. 2
COSEC

ANEXO

RELATÓRIO MÉDICO

(Este laudo deve estar acompanhado do relatório médico)

Nome do (a) 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
FLS. 3
COSEC

LAUDO PERICIAL

O laudo pericial deverá constar as informações descritas no Ato Normativo n° 1/2018, art. 28, § 1°, 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, n° de inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), o n° 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.