



**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS
NO ESTADO DE SÃO PAULO
CORE-SP**

ANEXO I

RESOLUÇÃO Nº 05/2025

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO POR DOENÇA

INFORMAÇÕES PESSOAIS		
Nome:		
Número de Registro:		CPF:
E-mail:		Telefone:
Endereço:		
Nº:	Complemento:	CEP:
Bairro:		Cidade:
DIAGNÓSTICO		
CID:		
Doença:		
Data do atestado médico:		
Prazo da incapacidade laboral:		

Declaro, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas, bem como o laudo médico anexado a este, são verídicos e autênticos, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme o disposto no art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica), bem como de responsabilidade ético-profissional capitulada no Código de Ética e Disciplina dos Representantes Comerciais.

Declaro, ainda, estar ciente de que as intimações relativas ao pedido de isenção serão realizadas por meio do e-mail supra informado.

Local e Data

Assinatura