|  |
| --- |
| CREFITO-13 Fls. |

**REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO DE NOME**

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região – CREFITO-13

( ) FISIOTERAPEUTA ( ) TERAPEUTA OCUPACIONAL

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(**Nome Civil** SEM alteração)

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(**Nome Social** SEM alteração- Art. 3º do Decreto nº 8.727 de 28/04/2016.)

Nº de inscrição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito que seja efetuada a alteração de meu

nome em virtude de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(casamento/separação/outro)

para\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Nome completo COM alteração)

**DADOS PARA CONTATO:**

**Endereço:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nº** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Complemento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Bairro**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Telefone residencial**: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Celular:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**E-mail**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*O apostilamento deve ser efetuado quando, por motivo de casamento ou separação, ocorrer à alteração de nome. Este processo é realizado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e sua regulamentação está na Resolução COFFITO nº. 8/78.

Local e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do Profissional**

**Anexar ao presente:**

* Cópia da Certidão de Casamento (averbada em cada de separação).
* Cópia do RG, CPF e Titulo atualizado
* **Original** da Cédula e Carteira de Identidade Profissional (livreto).
* 2 fotos 3x4 (roupa formal para mulheres / terno e gravata para homens,).

**OBS\*: Cópias não autenticadas carecem da apresentação dos originais;**

**OBS\*\*: Documentos enviados por correios deverão ser autenticados.**

**OBS\*\*\*: Ao Profissional cabe informar ao CREFITO-13 qualquer alteração em seu endereço.**