



REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO DE NOME

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

Nome Completo (SEM alteração): _____

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

CPF: |_|_|_|_|. |_|_|_|_|. |_|_|_|_|-|_|_|_| **Nº de registro no Conselho** _____

Endereço: _____ **Nº** _____

Complemento: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **CEP:** |_|_|_|_|_|-|_|_|_|_| **UF:** |_|_|

Fones: |_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |_|_|-|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail: _____ solicito que seja efetuada a
alteração de meu nome em virtude de _____ (casamento/separação/outro) para

Nome Completo (COM alteração): _____

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data, _____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do Profissional)

Anexar ao presente:

- Cédula e Livreto profissional – **original**;
- Cópia autenticada da Certidão de Casamento (avermada em cada de separação);
- Cópias autenticadas do RG, CPF e Título atualizado;
- 3 (três) fotos 3x4 de terno e gravata para homens, roupa formal para mulheres.

Importante:

- Cópias não autenticadas devem ser acompanhadas dos documentos originais para conferência.
- Documentos enviados pelos Correios devem estar autenticados em cartório.
- É responsabilidade de o profissional informar ao CREFITO-13 qualquer alteração de endereço.