



EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO DE NOME (CASAMENTO / OU SEPARAÇÃO)

Dr(a). _____,

Inscrita neste Regional sob o n.º CREFITO-14/ _____ Residente á _____

Bairro _____, cidade _____, estado _____,

Cep _____ - _____, fone(s) (_____) _____ / _____,

E-mail _____

Vem mui respeitosamente requerer **apostilamento do nome**, em virtude da **mudança de estado civil** (casamento ou separação), que passou a assinar como:

Dr(a). _____,

anexando para isto a documentação necessária.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Teresina, _____ de _____ de _____

(ASSINATURA)

ANEXAR:

- Originais da carteira profissional (tipo livro);
- Duas fotos 3x4 (de frente e recente);
- Uma cópia autenticada da certidão de casamento (**com desquite averbado, quando for o caso**);
- Uma cópia autenticada do RG, CPF, título de eleitor (**caso tenha alterado algum dado desses documentos**);
- Pagamento da taxa pertinente, a ser emitida pelo CREFITO-14, após o recebimento da documentação acima.