



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ

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.

Avenida Universitária, 750 - Ed. Diamond Center - Salas 810, 811,
812 e 813 - Bairro: Fátima - CEP: 64049-494 – Teresina - Piauí
(86) 3216.6030 - www.crefito14.org.br /

 crefito14@crefito14.org.br
crefito14






**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DA 14ª REGIÃO – PIAUÍ**



Avenida Universitária, 750 - Ed. Diamond Center - Salas 810, 811,
812 e 813 - Bairro: Fátima - CEP: 64049-494 – Teresina - Piauí
(86) 3216.6030 - www.crefito14.org.br/

 [crefito14@crefito14.org.br](https://www.instagram.com/crefito14)
crefito14

