



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHOREGIONALDEFISIOTERAPIAETERAPIAOCCUPACIONALDADÉCIMASEXTAREGIÃO-CREFFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

APOSTILA DE NOME

(Somente para quem tem Registro/Inscrição Definitiva)

Apostila de nome deverá ser efetuada quando não constar no Diploma e nas carteiras profissionais a alteração de nome devida a Casamento ou Separação. Este registro junto ao Conselho Federal, e para o processo é necessário que o profissional apresente seu Diploma de Graduação original, pois o registro é anotado no verso. O prazo para a confecção é em torno de 15 dias. Sua regulamentação está na Resolução COFFITO nº. 8/1978.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Cópia autenticada do Diploma (Frente e Verso);
- Cópia autenticada da Certidão de Casamento e/ou Separação;
- Cédula de Identidade Profissional original (que será arquivada);
- Carteira profissional Tipo Livro original (que será devolvida);
- 2 foto 3x4 (coloridas, recentes e não-instantâneas);
- Cópia do pagamento referente à taxa de apostila de nome;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e do Título de Eleitor (somente no caso da necessidade de alteração de algum dado na cédula profissional)

- O pagamento da taxa deverá ser realizado na rede bancária.

Através do presente requerimento solicito que seja efetuada minha alteração de nome para:

Nome completo (alterado) _____

Em virtude de (casamento/separação/outro motivo) _____

Nome completo _____



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA DÉCIMA SEXTA REGIÃO - CREFITO-16

Endereço: Rua das Andirobas, nº 40, Ed. Executive Lake Center, 1º Andar, Sala 109 CEP: 65075-040 Bairro: Jardim Renascença São Luís/MA

Horário de Atendimento: Segunda a Sexta-feira das 09h às 17h – Fone: (98) 3304-7774 / 3304-7779

Site: www.crefito16.gov.br / E-mail: crefito16@crefito16.gov.br

APOSTILA DE NOME

Número de inscrição _____

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Endereço _____

Nº _____ Bairro _____, Cidade _____, Estado _____

CEP _____ - _____, Fone(s) (____) _____ / _____

E-mail _____