



# CREFITO-20

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região

## REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO DE NOME

Ilmo. Senhor,

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região CREFITO-20.

PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_,

Inscrito(a) neste Regional sob o nº CREFITO-20/ \_\_\_\_\_, Residente à

\_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, fone(s) (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,

Email: \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente, requerer **Apostilamento de Nome**, em virtude da mudança de estado civil (casamento, separação judicial, adoção e reconhecimento paternidade), que passou a assinar como:

Dr.(a). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, anexando para isto a documentação necessária, nos termos da resolução COFFITO-8/78.

### Anexar:

- Cópia simples do diploma;
- Original da carteira e cédula de identidade Profissional;
- Uma foto 3x4 (de frente e recente);
- Cópia simples da certidão de casamento (com desquite averbado, quando for o caso);
- Uma cópia simples do título de eleitor, RG e CPF;

Obs1: Quando se tratar de reconhecimento de paternidade, anexar decisão judicial.

Obs2: Os Profissionais que protocolarem na Sede ou Delegacias, as cópias terão que vir acompanhadas dos originais para conferência.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)



# CREFITO<sup>20</sup>

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia  
Ocupacional da 20ª Região

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Através deste documento, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 20ª Região a enviar pelo correio, por meio de A.R. meus documentos referentes ao registro.

Para o seguinte endereço:

Rua/Avenida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Obs: Alterar o endereço do cadastro para o acima descrito:

( ) Sim      ( ) Não

Outrossim, isento, neste ato, o CREFITO-20, de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Nome legível e/ou assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 20ª REGIÃO

Av. Djalma Batista, 1719 (Edifício Atlantic Tower) – Torre Medical, Sala 310, Chapada, Manaus-AM, CEP: 69050-010

Fone: (92) 3213-5856 / (92) 99251-8570 | E-mail: [secretaria@crefito20.org.br](mailto:secretaria@crefito20.org.br) | Site: [www.crefito20.org.br](http://www.crefito20.org.br)