



## APOSTILA DE NOME

A APOSTILA DE NOME DEVERÁ SER EFETUADA QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO DE NOME DEVIDO A CASAMENTO/SEPARAÇÃO OU OUTRO MOTIVO REGISTRADO EM CERTIDÃO OFICIAL. ESTE REGISTRO É REALIZADO NO CONSELHO FEDERAL, EM BRASÍLIA. SUA REGULAMENTAÇÃO ESTÁ NA RESOLUÇÃO COFFITO Nº 8/1978.

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

- REQUERIMENTO PARA APOSTILA DE NOME (PREENCHIDO E ASSINADO);
- 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);
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À TAXA DE APOSTILA DE NOME;
- CÓPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- CÓPIA AUTENTICADA DO TÍTULO DE ELEITOR;
- 2 FOTO 3X4 RECENTE EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO).

**OBSERVAR OS SEGUINTE REQUISITOS:** IMPRESSAS EM MATERIAL PADRÃO PARA DOCUMENTO OFICIAL; FUNDO BRANCO; DE FRENTE (NÃO PODE SER DE PERFIL).

## ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

- A DOCUMENTAÇÃO PODERÁ SER ENTREGUE EM NOSSA SEDE, SECCIONAIS OU ENVIADA PELO CORREIO.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SEDE PORTO ALEGRE<br>AVENIDA PALMEIRA, 27/403<br>CEP 90470-300<br>FONE/FAX: (51) 3334-6586<br><a href="mailto:CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR">CREFITO5@CREFITO5.ORG.BR</a> | <input type="checkbox"/> SECCIONAL CAXIAS DO SUL<br>RUA MOREIRA CÉSAR, 2715/21<br>CEP 95034-000<br>FONE/FAX: (54) 3215-2872<br><a href="mailto:CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR">CAXIASDOSUL@CREFITO5.ORG.BR</a> | <input type="checkbox"/> SECCIONAL SANTA MARIA<br>ALAMEDA MONTEVIDÉO, 322/204<br>CEP 97050-030<br>FONE/FAX: (55) 3221-6730<br><a href="mailto:SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR">SANTAMARIA@CREFITO5.ORG.BR</a> |
|---|---|--|

ATENÇÃO!

A DOCUMENTAÇÃO NÃO SERÁ RECEBIDA CASO ESTEJA INCOMPLETA OU ILEGÍVEL.

## RECEBIMENTO DA APOSTILA DE NOME

- AS OPÇÕES DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS SÃO:

- SEDE PORTO ALEGRE;
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL;
- SECCIONAL SANTA MARIA.



## REQUERIMENTO PARA APOSTILA DE NOME

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 \_\_\_\_\_

NÚMERO DE INSCRIÇÃO \_\_\_\_\_

- FISIOTERAPEUTA  
 TERAPEUTA OCUPACIONAL

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS ANEXOS

- 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);
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À TAXA DE APOSTILA DE NOME;
- CÓPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE;
- CÓPIA AUTENTICADA DO TÍTULO DE ELEITOR;
- 2 FOTO 3X4 RECENTE EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO).

**OBSERVAR OS SEGUINTES REQUISITOS:** IMPRESSAS EM MATERIAL PADRÃO PARA DOCUMENTO OFICIAL; FUNDO BRANCO; DE FRENTE (NÃO PODE SER DE PERFIL).

## DADOS PARA CONTATO

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ APTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE/UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

DDD \_\_\_\_\_ FONE RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ FONE CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

## OPÇÃO DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS

- SEDE PORTO ALEGRE;
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL;
- SECCIONAL SANTA MARIA.