



CREFITO15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

REQUERIMENTO PARA SEGUNDA VIA DE CÉDULA COM ALTERAÇÃO DE NOME

Ao Ilustríssimo Senhor Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região. Solicito, por meio deste requerimento, nos termos da Resolução COFFITO 08/78, a segunda via da documentação profissional conforme dados abaixo atualizados:

Segunda via de cédula de identidade profissional.

Motivo da solicitação: Alteração de nome

ITENS OBRIGATORIOS

1. **Certidão de nascimento ou casamento:** com as averbações e atualização do nome.
2. **Cédula de Identidade profissional ou boletim de ocorrência:** deverá ser entregue no ato de retirada da 2ª via
3. **2 Fotos 3x4:** A serem entregues para a retirada dos documentos profissionais.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- O prazo para análise da documentação pela secretaria do crefito 15 é de 7 dias úteis e o prazo após o recebimento do protocolo até a conclusão da solicitação é de até 30 (trinta) dias úteis, que será contado a partir da data do pagamento. Ressaltamos que o referido prazo é passível de prorrogação em caso fortuito ou de força maior.
- Não será aceito o pedido de segunda via na ausência dos documentos obrigatórios;
- As fotos solicitadas deverão obedecer as seguintes especificações: o rosto do requerente deverá estar de frente e próximo; em um fundo branco ou cinza claro. Não poderá conter qualquer tipo de mancha, alteração, retoque, perfuração, deformação ou correção; nem estar utilizando óculos, bonés, chapéus ou qualquer item de vestuário ou acessório (adorno) que cubra parte do rosto ou da cabeça.

Local:.....Data:...../...../.....

Assinatura do profissional