



**ILMO(A). SR.(A),**

**PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL-CRESS 16ª REGIÃO/AL**

(Nome Civil) \_\_\_\_\_,

(Nome Social – Resolução CFESS Nº 615/2011) \_\_\_\_\_,

CPF Nº \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,

Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_,

CEP: \_\_\_\_\_, Fone \_\_\_\_\_, Celular: \_\_\_\_\_,

E-mail: \_\_\_\_\_,

vem requerer que V.Sa., de acordo com as normas legais e regulamentares em vigor, se digne lhe conceder **APOSTILAMENTO POR ALTERAÇÃO DE NOME.**

MOTIVO:

Casamento

Divórcio

Retificação do nome

Reconhecimento de paternidade

Nome Social \_\_\_\_\_ (Conforme dispõe a Resolução CFESS nº 615, de 08 de setembro de 2011).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Maceió/AL, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Requerente

CRESS/16ª Região Nº \_\_\_\_\_