



**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA**

Nº Protocolo	202 /
Nº Registro	- /
<b>ESPAÇO RESERVADO PARA O CREF19/AL</b>	

Renovação de CIP

1ª Via da CIP

2ª Via da CIP

<b>Informações Pessoais:</b>		<b>Preencher com letra de forma legível e sem rasuras</b>	
Nome completo:			
Número do Registro:		Estado Civil:	
E-mail para contato:			
Nº do Documento de Identificação:		Órgão Emissor:	
Data de Expedição: ____/____/____	CPF:		
Endereço:			Nº:
Comp.:	Bairro:	Cidade:	
UF:	Ponto de Referência:	CEP:	
Celular:	Telefone Fixo:	Fax:	
Endereço Comercial:			Nº:
Comp.:	Bairro:	Cidade:	
UF:	Ponto de Referência:	CEP:	
A pessoa física acima identificada requer ao (a) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região – CREF19/AL, a renovação da cédula de identidade profissional e/ou 1ª via da CIP e/ou 2ª via da CIP, tendo em vista atualização cadastral, anexando os seguintes documentos:			
02 fotos 3x4 de fundo branco, recente e colorida, apropriada para documento oficial; (Obrigatório)			
Cédula de identidade profissional vencida; (Obrigatório)			
Cópia autenticada, frente e verso, do diploma; (Obrigatório)			
Cópia do protocolo de entrada de diploma (em casos de diploma que consta em tramitação);			
Boletim de ocorrência (em casos de perda, furto ou roubo da CIP vencida);			
Taxa de R\$ 40,00 paga (em casos de 2ª via da CIP por motivo de perda, furto ou roubo);			
Comprovante de residência (em casos de alteração de endereço);			
Histórico de graduação (em casos necessários do CREF19/AL para atualização de documentos);			
Cópia autenticada do RG (em casos de 2ª via).			

Declaro que possuo ciência e autorizo, expressamente, neste ato, a coleta, armazenamento e tratamento dos meus dados aqui descritos, em atenção ao que dispõe a Lei nº 13.709/2018.

Declaro, também, estar CIENTE que o presente requerimento e a documentação anexa serão submetidos à análise e tramitação interna do CREF19/AL, com prazo de conclusão de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por igual período.

Nestes Termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Funcionário(a) do CREF19/AL