



NOME DO SERVIDOR:

MASP:

LOTAÇÃO:

**ALTERAÇÃO DADOS PESSOAIS:**

ESTADO CIVIL:

CASADO  SEPARADO  DIVORCIADO  OUTROS \_\_\_\_\_

DATA DA AVERBAÇÃO/REALIZAÇÃO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ALTERAÇÃO DE NOME PARA: \_\_\_\_\_

OBS.: ANEXAR CÓPIA DA CERTIDÃO QUE COMPROVE AS ALTERAÇÕES, E PROVIDENCIAR:

- ENVIO DO NOVO RG PARA A SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL;
- ATUALIZAÇÃO DE DADOS JUNTO A RECEITA FEDERAL.

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA/AVENIDA/PÇA.: \_\_\_\_\_

NÚMERO: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CIDADE/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

**ALTERAÇÃO DADOS BANCÁRIOS**

❖ CONTA ANTERIOR:

BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

❖ CONTA ATUAL:

BANCO: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

OBS.: ANEXAR CÓPIA DO DOCUMENTO QUE COMPROVE ABERTURA DA NOVA CONTA.

OUTRAS SOLICITAÇÕES: \_\_\_\_\_

Assinatura do servidor solicitante:

**PARA USO EXCLUSIVO DA SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL**

DATA DA ALTERAÇÃO:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA ALTERAÇÃO:

MASP: