

FORMULÁRIO PARA ALTERAÇÃO DE CONTA SALÁRIO

() SERVIDOR () PENSÃO VITALÍCIA () PENSÃO ALIMENTÍCIA

Nome do Servidor/beneficiário _____

Matrícula SIAPE: _____ CPF: _____

Banco _____

Agência nº: _____ Conta Salário nº: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone de Contato: _____

E-mail: _____

A Alteração de Conta Salário para Benefícios de Pensão (Vitalícia e Alimentícia), o presente deverá ser assinado pelo responsável legal.

_____, ____/____/____
Local e data da entrega

Assinatura

RESERVADO À COORDENAÇÃO DE CADASTRO

_____, ____/____/____
Local e data da entrega

Assinatura do Recebedor

Alteração no Sistema

_____/____/____ - _____

Data da Alteração e Assinatura

Obs. O Formulário deverá ter todos os campos preenchidos e na entrega deverá ser apresentado original do CARTÃO OU COMPROVANTE DA CONTA SALÁRIO para ser copiado. O original será entregue imediatamente, sem retenção.