



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PMSP
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CNPJ – 46.392.130/0003-80

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE CONTA CORRENTE

1) IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR:

Nome: _____

Registro funcional: _____ Unidade de lotação: _____

RG: _____ CPF: _____

2) ALTERAÇÃO DE CONTA CORRENTE:

Solicito alterar o meu domicílio bancário constante no cadastro para: Banco do Brasil Agência nº _____, Nome _____

_____ Conta Corrente nº _____

Conforme comprovante juntado/anexo ao presente.

3) TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Declaro para os devidos fins, que os dados e documentação aqui apresentados, bem como Solicitação ora formulada, são de minha inteira responsabilidade, inclusive quanto ao seu correto preenchimento.

São Paulo ____/____/____

_____ Assinatura do servidor

4) DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA:

Comprovante bancário da conta corrente para a qual está sendo solicitada alteração (saldo, extrato), contendo identificação do banco, nome do correntista – número da agência/conta (com seus respectivos dígitos).

5) CADASTRO EFETUADO NO MÊS: _____/_____

_____ Assinatura do responsável pela URH ou SUGESP