



**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: \_\_\_\_\_

Fone:( ) \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**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