**DADOS DO (A) FUNCIONÁRIO (A):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | | | |
| **MATRÍCULA:** | | **CPF:** | |
| **BANCO:** | **AGÊNCIA nº:** | **TIPO DE CONTA:**   * **CORRENTE** * **POUPANÇA** | **CONTA Nº:** |

**REQUERIMENTO:**

|  |
| --- |
| O (a) requerente abaixo assinado (a), vem requerer **ALTERAÇÃO DE DADOS BANCÁRIOS**, estando ciente de que o procedimento de alteração depende do cronograma de fechamento da folha de pagamento, o que ocorre no final da primeira quinzena de cada mês.  Temos que declarar a exatidão e veracidade das informações acima prestadas, em conformidade com a legislação vigente.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e data  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura / Carimbo  Nº Matr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Data de recebimento pelo SERHUM:**