

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO ATUALIZAÇÃO DE NOME E ESTADO CIVIL** Servidor Ativo     Aposentado     Pensionista**Solicitante:**Nome:     SIAPE: Cargo:     Lotação: RG:     Órgão Expedidor:     CPF: Telefone:     E-mail: 

**Venho comunicar e solicitar a alteração do meu nome e/ou estado civil junto ao Ministério da Saúde por motivo de:**

 Casamento     Divórcio     Mudança civil de nome     União Estável

**Conforme consta na certidão e/ou documentos em anexo.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

**Constitui crime previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. PENA: Reclusão de 1(um) a 3(três) anos e multa .**