

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DE DOMICÍLIO BANCÁRIO Servidor Ativo Aposentado PensionistaNome: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expeditor: CPF: Telefones: Email:

Declaro sob as penas da Lei, que estou requerendo nesta data, a transferência do meu domicílio bancário, junto ao Ministério da Saúde, para a:

Conta Salário	Banco: <input type="text"/>
	Agência nº: <input type="text"/> Conta nº: <input type="text"/>
Conta Corrente para outras operações	Banco: <input type="text"/>
	Agência nº: <input type="text"/> Conta nº: <input type="text"/>

Tomo ciência neste ato que, caso existam compromissos financeiros junto à outra instituição financeira, atrelados à transferência anteriormente feita, estarei transgredindo o Código Penal Brasileiro, nos Artigos 171 caput (Estelionato) e 334-A (Peculato), além de estar passível de ações cíveis. Neste ato também informo, **caso a conta salário e a conta para outras operações sejam iguais**, que as duas contas são vinculadas, podendo assim ser usada a mesma numeração para as duas operações, isentando de qualquer responsabilidade o servidor que irá efetivar, com sua senha SIAPE, a referida atualização bancária, **caso ocorra algum problema que impeça o meu pagamento.**

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Requerente