



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE ESTADO CIVIL E/OU NOME

Eu _____,

Matrícula SIAPE nº: _____, ocupante do cargo de _____,

lotado no _____,

Documento de Identidade nº _____, expedido pelo _____ em ____ / ____ / ____

CPF nº _____, residente na (Rua, Av.) _____

Município _____, Estado _____, CEP _____

VEM RESPEITOSAMENTE REQUERER A V.SA QUE SEJA DETERMINADA A ALTERAÇÃO DE MEU ESTADO CIVIL E/OU NOME, PARA O SEGUINTE:

Nome: _____

Estado Civil: _____

LOCAL E DATA:

ASSINATURA:

OBS: Anexar cópia autenticada da certidão de óbito do cônjuge, de casamento ou divórcio e da sentença do divórcio e cópia do CPF.