

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

Nome: _____

Siape: _____ CPF: _____

Celular: _____ Outro(s): _____

E-mail: _____

Solicito o registro/atualização do meu endereço e contatos, conforme os dados a seguir:

Logradouro: _____ N° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ UF: _____

Telefone ou Celular: _____

Endereço eletrônico (e-mail): _____

Em caso de alterações, comprometo-me a informar à Coordenadoria de Aposentadorias e Pensões.

Lavras, ____ de _____ de _____.

Assinatura requerente

Recebido pela CAP em: ____/____/____