



**PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO  
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO

**ALTERAÇÃO DE NOME:**

Divinópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

EXMO(A). SENHOR(A)  
D.D. DIRETOR(A) DE ADMINISTRAÇÃO  
NESTA

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no  
CPF sob o nº \_\_\_\_\_, com matrícula nº \_\_\_\_\_,  
detentor(a) do cargo efetivo de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, lotado(a) na Secretaria Municipal de  
\_\_\_\_\_,  
servidor(a) desta Prefeitura Municipal de Divinópolis, venho requerer mudança de  
nome conforme certidão anexa (anexar cópia da certidão).

Telefone para contato: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Atenciosamente;

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente