



Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de São Gonçalo
Secretaria Municipal de Administração
Divisão de Protocolo Geral

Exmº Senhor Prefeito de São Gonçalo

| | | |
|------------|-----------|-----------|
| Nome: | | Admissão: |
| Matrícula: | Telefone: | Lotação: |
| Cargo: | | E-mail: |

Vem requerer a V. EXª. de acordo com a legislação em vigor:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Abono de Permanência | <input type="checkbox"/> Insalubridade |
| <input type="checkbox"/> Adiantamento de Posse | <input type="checkbox"/> Licença Acompanhamento de Familiar |
| <input type="checkbox"/> Adicional de Qualificação | <input type="checkbox"/> Licença para estudos a contar de _____ a _____ |
| <input type="checkbox"/> Auxílio Doença | |
| <input type="checkbox"/> Averbação de Tempo de Serviço | <input type="checkbox"/> Licença com Vencimentos para _____ a contar de ___/___/___ a ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Anexo III ou IX para o INSS | |
| <input type="checkbox"/> Averbação, Licença Prêmio para fins de aposentadoria | <input type="checkbox"/> Licença para Trato de Interesses Particulares (Sem vencimentos) a contar de ___/___/___ a ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento de Desconto | <input type="checkbox"/> Licença Prêmio a contar de ___/___/___ a ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Tempo de Serviço* | <input type="checkbox"/> Periculosidade |
| <input type="checkbox"/> Cessão Recíproca (Permuta)** | <input type="checkbox"/> Readaptação |
| <input type="checkbox"/> Declaração*** | <input type="checkbox"/> Redução de Carga Horária |
| <input type="checkbox"/> Enquadramento de Nível | <input type="checkbox"/> Salário Família |
| <input type="checkbox"/> Exoneração a Pedido a contar de ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Outros: |
| <input type="checkbox"/> Gratificação de _____ | |

Informações complementares para os casos de Certidão de Tempo de Serviço ou Cessão Recíproca:

| |
|--|
| * A Certidão de Tempo de Serviço tem por Finalidade _____ |
| ** A Cessão Recíproca será feita com: Nome: _____ Matrícula: _____ Cargo: _____ Órgão de origem: _____ |
| *** A Declaração tem por finalidade: _____ |

Nestes termos, pede deferimento.

São Gonçalo, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Servidor

Chefia Imediata

Secretário (Pasta)

- Para Averbação de Tempo de Serviço, favor apresentar Certidão Original do Órgão Oficial constando o tempo anterior.
- Prazo de 15 (quinze) dias úteis para: Averbação de Tempo de Serviço / Declaração.