



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO
Secretaria Municipal de Administração

REQUERIMENTO 2

SEI Nº: 03._____/20____ - ____

Exmº Senhor Prefeito de São Gonçalo

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

Vem requerer a V. EX^a. de acordo com a legislação em vigor: /

<input type="checkbox"/> Concurso: Certidão de Aprovação	<input type="checkbox"/> Pessoal: Declaração para o INSS	<input type="checkbox"/> Pessoal: Pagamento de Diferença de Salário
<input type="checkbox"/> Concurso: Cópia de Ato de Investidura	<input type="checkbox"/> Pessoal: Diferença de Férias	<input type="checkbox"/> Pessoal: Pagamento de Direito
<input type="checkbox"/> Concurso: Declaração de Aprovação	<input type="checkbox"/> Pessoal: Interrupção de Licença Sem Vencimentos	<input type="checkbox"/> Pessoal: Pagamentos de Hora Extra
<input type="checkbox"/> Pessoal: Auxílio Funeral	<input type="checkbox"/> Pessoal: Licença Médica	<input type="checkbox"/> Pessoal: Licença para Serviço Militar
<input type="checkbox"/> Pessoal: Declaração de Tempo de Serviço	<input type="checkbox"/> Pessoal: Licença para Acompanhamento Médico Familiar	<input type="checkbox"/> Pessoal: Redução de Carga Horária
<input type="checkbox"/> Pessoal: Declaração para Fins de Currículo	<input type="checkbox"/> Pessoal: Promoção Funcional	

Informações complementares para os casos de Certidão de Tempo de Serviço:

A Certidão de Tempo de Serviço tem por finalidade: _____

A Declaração tem por finalidade: _____

Desejo receber o documento por e-mail informado neste requerimento.
Nestes termos, pede deferimento.

São Gonçalo, ____ de _____ de 202 ____.

Assinatura do Requerente

Assinatura Chefia Imediata

Ass. Secretário (a) Municipal

- 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.
- Para consultar o processo, acesse www.saogoncalo.rj.gov.br/sei