



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"/> Averbação de Tempo de Serviço
<input type="checkbox"/> Certidão de Tempo de Serviço*
<input type="checkbox"/> Desaverbação de Tempo de Serviço
<input type="checkbox"/> Termo de Reconstituição de Processo
<input type="checkbox"/> <b>Outros:</b> _____

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

\* A Certidão de Tempo de Serviço tem por Finalidade \_\_\_\_\_.

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.

Nestes termos, pede deferimento.

São Gonçalo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor