



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

Uso pelo Protocolo Geral

GPRO N°: _____/20____

Data ____/____/____ Rubrica: _____

Exmº Senhor Prefeito,

NOME: _____

CARGO: _____ MATRÍCULA: _____

LOTAÇÃO: _____ ADMISSÃO: ____/____/____

EMAIL: _____ TELEFONE: (____) _____

REQUERIMENTO

PESSOAL

- () AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
() CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
() DESAVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
() TERMO DE RECONSTITUIÇÃO DE PROCESSO
() OUTROS: _____

Informações Complementares para os Casos de Certidão de Tempo de Serviço ou Cessão Recíproca.

* A Certidão de Tempo de Serviço tem por Finalidade :

Nestes termos, peço deferimento.

São Gonçalo, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor

- 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