

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

**REQUERIMENTO DE ABONO DE PERMANÊNCIA**

Servidor:	<input type="text"/>	SIAPE:	<input type="text"/>
Data de Admissão:	<input type="text"/>	Data de Nascimento:	<input type="text"/>
Lotação:	<input type="text"/>	Cargo:	<input type="text"/>
RG:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
Endereço:	<input type="text"/>		Nº: <input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>
UF:	<input type="text"/>		
Tel:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

Requer Abono de Permanência com base no § 19, art. 40, III, a, da CF/88, nas Emendas Constitucionais 20/98, 41/2003, 47/2005, e art. 57 da Lei 8213/91.

**Em relação ao uso da Licença Prêmio:**

<input type="checkbox"/>	<b>SIM</b> , autorizo a utilização dos períodos de licença prêmio por assiduidade para complementação do tempo de serviço para concessão do benefício.
<input type="checkbox"/>	<b>NÃO</b> autorizo a utilização dos períodos de licença prêmio por assiduidade para complementação do tempo de serviço para concessão do benefício.

**Solicito a inclusão na minha contagem de tempo de serviço para a concessão do benefício:**

→ Registro de tempo de serviço (INSS):	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
→ Averbação de tempo de serviço (Serviço Público e/ou Militar):	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Obs: No caso de abertura de processo de registro/averbação de tempo de serviço e/ou averbação de tempo insalubre celetista no mesmo dia, deve-se marcar sim para as opções acima.

**Declaro estar ciente que o Setor de Cadastro entrará em contato com o servidor através do e-mail informado. Favor ficar atento à sua caixa de e-mail.**

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ .

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