

**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 AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO MILITARServidor: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF: Endereço: Nº: Complemento: Bairro: Cidade: CEP: UF: Telefones: Email:

Requer, para fins de seus direitos de acordo com a legislação vigente, que seja averbado o tempo de serviço público prestado ao:

Conforme certidão expedida pelo (a):

Declaro, sob as penas da Lei, que o tempo de serviço constante na Certidão supracitada não foi utilizado para obtenção de aposentadoria junto a qualquer instituição ou órgão.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

DECLARAÇÃONome: SIAPE: Cargo: Lotação: RG: Órgão Expedidor: CPF:

Declaro junto ao Ministério da Saúde que não registrei/averbei no Regime Geral de Previdência Social (RGPS) ou em nenhum outro Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) o tempo de serviço militar prestado às Forças Armadas, de acordo com a Certidão ou Certificado de Reservista abaixo discriminado:

Instituição onde prestou serviço militar: Certificado de Reservista: Número: Série:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Servidor