

**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 SERVIÇOServidor: 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. Estou ciente também que caso tenha dado entrada remotamente, deverei entregar a Certidão original ao Setor de Ativo.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor