



REQUERIMENTO DE AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

EXCELENTÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO

REQUERENTE		
RG	CPF	MATRICULA
ENDEREÇO	BAIRRO	
CIDADE	CEP	TELEFONE
CARGO PARA SER AVERBADO (ESPECIFICAR CLASSE E NÍVEL)		
ÓRGÃO ATUAL	LOTAÇÃO	
MUNICÍPIO	UF	

SOLICITA A VOSSA EXCELÊNCIA A CONCESSÃO DE:

- () AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
() CONTAGEM EM DOBRO DE LICENÇA PRÊMIO
() FÉRIAS EM DOBRO
() DESAVERBAÇÃO
() TORNAR SEM EFEITO
() RETIFICAÇÃO DE PORTARIA (ESPECIFICAR Nº., DATA DA PORTARIA E MOTIVO DO PEDIDO):

OBRIGATÓRIO ANEXAR:

1. CÓPIA DA CARTEIRA DE TRABALHO DO PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO PARA O INSS;
2. CÓPIA DO DIÁRIO OFICIAL OU DECLARAÇÃO QUE CONSTA A DATA DE ADMISSÃO, EFETIVIDADE OU ESTABILIDADE;
3. CÓPIA DO RG E DO CPF;
4. CÓPIA DA VIDA FUNCIONAL ATUALIZADA;
5. CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO ORIGINAL DO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL;
6. ATESTADO DO SUPERIOR HIERÁRQUICO DO ÓRGÃO DE ORIGEM DE NÃO TER USUFRUÍDO, CONVERTIDO EM ESPÉCIE OU CONTADO EM DOBRO LICENÇA PRÊMIO OU FÉRIAS (EM CASO DE CONTAGEM EM DOBRO).

ATENÇÃO

EM CASOS DE TEMPO DE SERVIÇO PRESTADO EM CONDIÇÕES INSALUBRES, O REQUERENTE DEVERÁ SOLICITAR AVERBAÇÃO À SUPREV (SUPERINTENDÊNCIA DE PREVIDÊNCIA).

CUIABÁ-MT

DE

DE

ASSINATURA DO REQUERENTE