



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DO OESTE
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

REQUERIMENTO DE AVERBAÇÃO / DESAVERBAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

1-IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome: 	
CPF: 	RG:
Função: 	
Secretaria de Lotação: 	
Telefone: 	

2-REQUERIMENTO:

Venho requerer a AVERBAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO constante da(s) Certidão(ões) de Tempo de Contribuição de Protocolo Nº _____, conforme descrito no item 2.1 . 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.	
DATA: ____/____/____	_____ Assinatura do(a) Servidor(a)

Venho requerer a DESAVERBAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO constante da(s) Certidão(ões) de Tempo de Contribuição de Protocolo Nº _____, conforme descrito no item 2.1 .	
DATA: ____/____/____	_____ Assinatura do(a) Servidor(a)

2.1-DESCRIÇÃO DA AVERBAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:

☐ Desejo averbar/desaverbar todos os períodos constantes na(s) Certidão(ões) de Tempo de Contribuição.
☐ Desejo averbar/desaverbar somente os vínculos descritos abaixo:
Período: ____/____/____ à ____/____/____, Vínculo: _____
Período: ____/____/____ à ____/____/____, Vínculo: _____
Período: ____/____/____ à ____/____/____, Vínculo: _____

Recebido em: ____/____/____.

Assinatura e carimbo da área de RH