



Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis
Diretoria de Recursos Humanos

P M A R

Nº : _____

Folha: _____

Rubrica

PROCESSO FÍSICO – PROTOCOLO (ÁREA DE PESSOAL) - ANGRAPREV

MATRICULA:

NOME:

CARGO EFETIVO:

CPF:

TEL/CEL/RAMAL:

VÍNCULO:

DEPARTAMENTO:

Vem requerer de acordo com a legislação vigente (ABERTURAS FÍSICAS):

01 - Averbação de Tempo de Serviço

03 - Redução de Carga Horária

02 - Licença Acomp. de Doente da Família

04 - Readaptação

Informações Complementares:

Declaro ser de meu conhecimento que devo permanecer em exercício até que o presente Administrativo tenha sua tramitação concluída, respeitando-se o deferimento disposto no Decreto de Movimentação de Pessoal.

Após o término de qualquer afastamento das atividades laborativas o retorno deverá ser realizado imediatamente, respeitando o disposto na Lei 1895/2007:

“Considerando-se abandono de cargo a ausência intencional do servidor ao serviço por mais de 20 (vinte) dias consecutivos.”

Para tanto, faço anexar documentação necessária, estando ciente de que o não atendimento integral recairá em pendência junto ao Departamento responsável a análise processual.

Nestes termos, peço deferimento.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente



Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis
Diretoria de Recursos Humanos

P M A R

Nº : _____

Folha: _____

Rubrica

DOCUMENTOS ANEXADOS:

	CÓPIA	ORIGINAL
(01) - Fotocópia do RG	[]	[]
- Certidão original do órgão ao que trará o tempo averbado	[]	[]
(02) - Fotocópia do RG	[]	[]
- Fotocópia do último contracheque	[]	[]
- Comprovação de Grau de Parentesco	[]	[]
- Laudo Médico informando a necessidade de acompanhamento	[]	[]
(03) - Fotocópia do RG	[]	[]
- Fotocópia do último contracheque	[]	[]
- Documento comprovando o grau de parentesco	[]	[]
- Laudo Médico informando a necessidade de acompanhamento	[]	[]
(04) - Fotocópia do RG	[]	[]
- Laudo Médico informando a necessidade de readaptação	[]	[]