



**Serviço Autônomo de Água e Esgoto**  
**Recursos Humanos**

**P M A R**

Nº : \_\_\_\_\_

Folha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica

**PROCESSO FÍSICO – PROTOCOLO (ÁREA DE PESSOAL) - SAAE**

**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



**Serviço Autônomo de Água e Esgoto**  
**Recursos Humanos**

**P M A R**

Nº : \_\_\_\_\_

Folha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Rubrica

**DOCUMENTOS ANEXADOS:**

	<b>CÓPIA</b>	<b>ORIGINAL</b>
(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	[ ]	[ ]