



REQUERIMENTO DE DESAVERBAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

Ao Gestor do Instituto de Previdência de Aparecida de Goiânia-APARECIDAPREV,

Matrícula	Nome do(a) Servidor(a)
-----------	------------------------

Cargo	RG nº. / UF	CPF nº.
-------	-------------	---------

Telefone de Contato	Secretaria
---------------------	------------

Solicitação: Venho através deste requerer a **DESAVERBAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO**.

Obs.:

Aparecida de Goiânia-Goiás, ____/____/____.

Assinatura do(a) Requerente