

ANEXO I

A que se refere a Instrução Conjunta GGP/CON/NCTS nº 001/2020

Ilustríssimo(a) Senhor(a) _____

MD Dirigente do _____

Nome: _____, RG. _____

Cargo: _____, Regime Jurídico: _____

classificado(a) nesta _____

tendo em vista a aprovação do Parecer PA nº 45/2019, venho respeitosamente
requerer a **desaverbação da CTC do INSS utilizada para fins de abono de
permanência.**

Fico ciente de que a desaverbação deste tempo poderá surtir efeitos na minha
situação funcional, tais como:

- Recontagem de tempo e revisão do abono de permanência;
- Cessaçãõ do recebimento do abono de permanência, nos casos em que a recontagem do tempo identifique que não houve o preenchimento de outra regra de aposentadoria;
- Possíveis entraves impostos pelo INSS ao cômputo deste tempo no âmbito do RGPS.

Local e Data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____