



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

## DECLARAÇÃO DE USO EXCLUSIVO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO/SERVIÇO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

Unidade:

Cargo:

### 2 - DECLARAÇÃO:

Declaro para fins de **Abono de Permanência e Aposentadoria** junto à Fiocruz, que tenho conhecimento de que estou utilizando, com este objetivo, os períodos de contribuição/serviço, abaixo relacionados, e que não poderei utilizá-lo junto a nenhum outro órgão.

Nome da empresa ou órgão:

Período utilizado:  à

Nome da empresa ou órgão:

Período utilizado:  à

Nome da empresa ou órgão:

Período utilizado:  à

Nome da empresa ou órgão:

Período utilizado:  à

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)