



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE FLORIANÓPOLIS**

Requerimento

EB: _____, _____/2017-__

Do(a) _____

Ao Sr Diretor do Hospital de Guarnição de Florianópolis

Objeto: Certidão de Tempo de Serviço Militar

1. _____, identidade nº _____,
filho(a) de _____ e de _____
residente à _____,
(Rua/Avenida ou similar - especificar)
nº _____, apto _____, bloco _____, bairro _____, CEP _____,
(ou vila - especificar)
na cidade de _____ - _____, requer, com o fim de averbação/comprovação
junto ao(à) _____,
(nome correto do órgão a que se destina a CTSM)

a Certidão de Tempo de Serviço Militar prestado ao Exército, na(s) Organização(ões) Militar(es) abaixo listada(s) e no(s) período(s) respectivo(s):

OM	Localização	Data de Inclusão	Data Exclusão
H Gu Fl	Florianópolis- SC		

2. Tal solicitação encontra amparo nos artigos. 24 e 25 do Decreto nº 57.645, de 20 de janeiro de 1966 – Regulamenta da Lei do Serviço Militar (RLSM).

3. Anexos

-cópia da Carteira de Identidade, folhas de alterações; Certificado de Reservista;
Cópia PIS/PASEP

4. É a primeira vez que requer.

Nestes termos, pede deferimento.

Florianópolis-SC, ____ de _____ de _____.

(Nome/ Fone)