

REQUERIMENTO: Orientações de preenchimento.

De acordo com Art. 2º, § 1º da MPS nº 154/2008, “O ente federativo expedirá a CTC mediante requerimento formal do interessado, no qual esclarecerá o fim e a razão do pedido”.

SENHOR DIRIGENTE REGIONAL			
Eu, _____ (NOME DO REQUERENTE)			
RG	CPF	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		Nº	COMPL.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TEL RES	TEL CEL	E-MAIL	
<input type="checkbox"/> 1ª SOLICITAÇÃO			
Requero a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao: (ÓRGÃO DESTINATÁRIO) Compreendendo o período de: / / a / /			
<input type="checkbox"/> REVISÃO	<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO	
MOTIVO			
SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL			
E servidor público estadual atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Lotado em qual órgão?	
Desde qual data? / /		Contribui para o INSS? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
E aposentado atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Qual o órgão previdenciário?	
Data da concessão / /			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Já acumulou cargos públicos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que o tempo de serviço prestado ao Estado de São Paulo (conforme mencionado acima), até a presente data, não foi computado ou averbado para qualquer efeito junto a qualquer órgão previdenciário.			

O preenchimento dos dados pessoais deverão ser legíveis (principalmente o e-mail) e idênticos aos documentos entregues.

Assinalar com x caso se trate da primeira vez em que está solicitando a CTC.

ÓRGÃO DESTINATÁRIO: Neste campo, o interessado deverá preencher o local desejado para averbação de tempo (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS, PREFEITURA MUNICIPAL DE....., OUTROS Órgãos MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS) não pode ficar em branco.

Caso o interessado não saiba o período trabalhado, deve deixar o campo sem preenchimento para que seja Preenchido pela Diretoria de Ensino.

Não preencher este campo caso se trate da 1ª solicitação.

Situação Funcional: caso não seja servidor público estadual assinale com X no campo correto, não sendo necessário preencher os campos “lotados em qual órgão” e “desde qual data”, seguir o mesmo entendimento para os demais campos.

LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO REQUERENTE _____

Datar e assinar o requerimento.

Dúvidas acerca do preenchimento o interessado deverá entrar em contato com a Diretoria de Ensino via e-mail averbacao.denorte1@gmail.com.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO

SENHOR DIRIGENTE REGIONAL			
Eu,			
(NOME DO REQUERENTE)			
RG	CPF	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		Nº	COMPL.
BAIRRO	CIDADE		UF CEP
TEL RES	TEL CEL	E-MAIL	
<input type="checkbox"/> 1ª SOLICITAÇÃO			
Requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao:			
(ÓRGÃO DESTINATÁRIO)			
Compreendendo o período de: / / a / /			
<input type="checkbox"/> REVISÃO	<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO	
MOTIVO			

SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL	
É servidor público estadual atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Lotado em qual órgão?
Desde qual data? / /	Contribui para o INSS? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
É aposentado atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Qual o órgão previdenciário?

Data da concessão / /	
-----------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Já acumulou cargos públicos?
Sim [] Não []

Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que o tempo de serviço prestado ao Estado de São Paulo (conforme mencionado acima), até a presente data, não foi computado ou averbado para qualquer efeito junto a qualquer órgão previdenciário.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE