



## GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

### REQUERIMENTO

<b>ILMO. SR(A) DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO DA DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE ITAPETININGA</b>			
Eu, _____ (NOME DO REQUERENTE)			
RG:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	
ESTADO CIVIL:		PIS/PASEP:	
ENDEREÇO:		Nº	COMPL.
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TEL CEL:	TEL RES:	E-MAIL:	
( ) 1ª SOLICITAÇÃO			
<b>Requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao:</b> _____ (ÓRGÃO DESTINATÁRIO) Compreendendo o período de: _____/_____/_____ a ____/____/____			
( ) REVISÃO	( ) SUBSTITUIÇÃO	( ) CANCELAMENTO	
MOTIVO			

SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL	
É servidor público estadual atualmente? Sim ( ) Não ( )	Lotado em qual órgão? _____
Desde qual data? ____/____/____	Contribui para o INSS? Sim ( ) Não ( )
É aposentado atualmente? Sim ( ) Não ( )	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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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”.

O requerimento será preenchido pelo solicitante ou por seu procurador. Nele deverá constar seus dados pessoais, períodos a serem averbados, Órgão de destinação da referida Certidão de Tempo de Contribuição e informações sobre a situação funcional atual.

**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**REQUERIMENTO**

**SENHOR DIRIGENTE REGIONAL**

Eu, \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

NOME	CPF	PROFISSÃO	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO	CID	CEP	ESTADO
TEL. RES.	TEL. COM.	TEL. FAX	

**EX SURTIÇÃO**  
requero a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao:

órgão destinatário: \_\_\_\_\_  
compreendendo o período de: \_\_\_\_\_

REVISÃO     SUBSTITUIÇÃO     CANCELAMENTO

**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

• O preenchimento dos dados pessoais no requerimento, deverão ser idênticos aos documentos entregues;

• Órgão Destinatário: Neste campo, o interessado deverá preencher o local desejado para averbação do Tempo (Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, Prefeituras Municipais, outros Órgãos Municipais, Estaduais e Federais). Não pode ficar em branco!

• Caso o interessado não saiba o período trabalhado completo, deixar o “campo destinado ao período” para que seja preenchido pela Diretoria de Ensino;