

REQUERIMENTO DE DOCUMENTAÇÃO



SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO

Nº GIAP: _____

Nome Completo: _____
Matrícula: _____ CPF: _____ Telefone: () _____
Endereço: _____ Número: _____ CEP: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
RG / Órgão Expedidor: _____ Gênero: [] Masc. [] Fem. [] Outros
E-mail: _____ Celular: () _____

Deseja receber este documento por qual via? [] Via e-mail informado | [] Retirar pessoalmente

DADOS PARA EMISSÃO DA CERTIDÃO

Nome completo do servidor: _____ Data de Nasc: _____
Cargo: _____ CPF: _____ Servidor/ Funcionário: [] Desligado | [] Ativo
Nome completo da mãe: _____
Nome completo do pai: _____

SERVIÇOS DE RH DESEJADOS

[] **APOSENTADORIA** (Assinalar somente uma das opções abaixo)

- Solicitar Certidão de Tempo de Contribuição para apresentar **junto ao INSS (Aposentadoria-RGPS)**.
- Solicitar Certidão de Tempo de Contribuição para apresentar junto a **outro órgão público de Regime Próprio de Previdência (Aposentadoria- RPPS)**. Qual destino: _____
- PPP** (Perfil Profissiográfico Previdenciário).
- Exigência INSS** (anexar solicitação/modelo).

IMPORTANTE: Em caso de períodos trabalhados antes **do ano de 2000** é **necessário** envio das **páginas da carteira** que confirmem tais registros de vínculos junto a essa instituição.

[] **DECLARAÇÕES** (Assinalar opções necessárias)

- [] Declaração de vínculo [] Declaração de acúmulo de cargo [] Declaração de Exoneração [] Declaração de Penalidades
- [] Declaração Concurso Público ou Processo Seletivo: **Nº do Concurso/ Processo:** _____

[] **AVERBAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO** (Assinalar opções necessárias)

- Solicitar Certidão de Tempo de serviço para **apresentar** em **outro** órgão público.
- Solicitar **proveitamento de matrículas anteriores desta instituição**.
- Solicitar **inclusão de tempo de outros órgãos públicos**, anexando Certidão de Tempo de Contribuição, a fins de disponibilidade de triênio/sexta parte.

[] **OUTROS DOCUMENTOS PARA O INSS** (Assinalar opções necessárias)

- [] Ficha de registro [] Ficha financeira [] Portaria Admissão/ Demissão

Carapicuíba, ____ / ____ / ____

Assinatura do Requerente	Assinatura do Chefe Imediato	Assinatura Dept. RH Lotação	Assinatura do Secretário

Recebimento Protocolo ADM – Data: ____ / ____ / ____ Visto: _____