

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <i>Maria do Socorro de Souza</i>	CPF: <i>943.848.604-63</i>
CARGO/FUNÇÃO:	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA	LOCAL DE TRABALHO:

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input checked="" type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Venho por meio deste solicitar fechamento do vínculo junto a prefeitura municipal de Verdejante-PE conforme extinto previdenciário em anexo (CNIS).

Maria do Socorro de Souza

Assinatura do(a) requerente
Data: *03/06/2024*

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: */ /*



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

Identificação do Filiado

Nit: 1.705.816.984-3 **CPF:** 943.848.604-63 **Nome:** MARIA DO SOCORRO DE SOUZA
Data de Nascimento: 02/04/1971 **Nome da Mãe:** ANUNCIADA ANTONIA DE SOUZA

Consulta Extrato Previdenciário

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	1.705.816.984-3	11.348.570/0001-93	MUNICIPIO DE VERDEJANTE	Empregado		02/04/1987		12/2012	PRPPS
2	1.705.816.984-3	11.348.570/0001-93	MUNICIPIO DE VERDEJANTE	Empregado		03/03/1994		12/2020	PRPPS
3	1.705.816.984-3	11.667.975	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado	002-000091	03/03/1994			IVIN-JORN-DIFERENCIADA

Contratado - Agente ADM.

Legenda de Indicadores

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IVIN-JORN-DIFERENCIADA	Vínculo possui regime de jornada diferenciada	PRPPS	Vínculo de empregado com informações de Regime Próprio (Servidor Público)

ANEXO IV
INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 MARÇO 2022

(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)

DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO AO RGPS - DTC
(Nº/ANO) _____ / _____

ÓRGÃO EMITENTE:	CNPJ:
-----------------	-------

DADOS PESSOAIS

NOME DO SERVIDOR/AGENTE PÚBLICO:		MATRÍCULA:
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CPF:	PIS/PASEP:
NOME DO PAI:	DATA DE NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:		

DADOS FUNCIONAIS

DATA DE ADMISSÃO NO VÍNCULO 1:	Nº DA PORTARIA DE NOMEAÇÃO:	DATA DE PUBLICAÇÃO:
DATA DE DESLIGAMENTO NO VÍNCULO 1:	Nº DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/ DEMISSÃO:	DATA DE PUBLICAÇÃO:

PERÍODO(S) DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

SEQ.	DATA INÍCIO DD/MM/AAAA	DATA FIM DD/MM/AAAA	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
1	_/_/____	_/_/____		<input type="checkbox"/> Efetivo/Estável <input type="checkbox"/> Comissionado/ Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Contratado

2	___/___/___	___/___/___	<input type="checkbox"/> Efetivo/Estável <input type="checkbox"/> Comissionado/ Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Contratado
3	___/___/___	ATÉ A PRESENTE DATA	<input type="checkbox"/> Efetivo/Estável <input type="checkbox"/> Comissionado/ Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Contratado

INFORMAÇÕES ADICIONAIS/OCORRÊNCIAS

LICENÇAS/ AFASTAMENTO	<p>No(s) período(s) acima discriminado(s), houve licença não-remunerada ou afastamento, que acarretasse na suspensão do contrato de trabalho?</p> <input type="checkbox"/> NÃO. <input type="checkbox"/> SIM. No(s) período(s) de ___/___/___ a ___/___/___; de ___/___/___ a ___/___/___; e de ___/___/___ a ___/___/___. (Obs: descrever que tipo de licença/afastamento e a qual vínculo/período se referem as informações).
DOCUMENTAÇÃO E FONTE DAS INFORMAÇÕES	<p>Os seguintes documentos serviram de base à presente declaração foram:</p> <input type="checkbox"/> Atos de nomeação e exoneração. <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho, registros em CTPS ou ficha funcional contemporâneos. <input type="checkbox"/> Folhas de pagamento ou ficha financeira. <input type="checkbox"/> Registros de frequência. <input type="checkbox"/> Outros: _____
OBSERVAÇÕES	

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES

Declaro que os documentos que serviram de base para a emissão desta Declaração encontram-se à disposição do INSS para eventual consulta.	
Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas nem rasuras. Local e data: _____, ___/___/___ _____ Assinatura do servidor que lavrou a Declaração Nome/Cargo/Matrícula	Visto do Dirigente do Órgão competente. _____ Assinatura do Dirigente do Órgão competente Nome/Cargo/Matrícula

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:

1. Orientações Gerais:

- 1.1 Não deverá constar nesta Declaração período de contribuição ao Regime Próprio de Previdência Social - RPPS, observado que, até 15/12/1998, data anterior à da publicação da Emenda Constitucional nº 20/1998, o servidor público ocupante, exclusivamente, de cargo em comissão, de cargo temporário, de emprego público ou mandato eletivo poderia estar vinculado a RPPS;
- 1.2 Somente deverá constar nesta Declaração período em que o servidor/agente público foi remunerado e enquadrado na categoria de empregado, não sendo o documento hábil para certificar períodos de serviços prestados como contribuinte individual/autônomo, ainda que a períodos a partir de abril/2003;
- 1.3 Esta Declaração também poderá ser utilizada para período a partir de 1º de março de 2000, do ocupante de cargo de Ministro de Estado, de Secretário Estadual, Distrital ou Municipal, desde que não amparado por RPPS pelo exercício de cargo efetivo do qual tenha se afastado para assumir essa função;
- 1.4 O período de exercente de mandato eletivo somente poderá ser declarado a partir de 19/09/2004.

2. Na tabela "DADOS FUNCIONAIS":

- 2.1 Nesta tabela deverão ser preenchidos os dados do(s) vínculo(s) existente(s) e o(s) período(s) de Regime Geral de Previdência Social - RGPS correspondentes ao(s) vínculo(s). Poderão ser incluídas tantas tabelas quantas forem necessárias, nas situações de existência de vários vínculos ligados ao ente federativo;
- 2.2 Na hipótese de alternância do regime de previdência, com período de RPPS intercalado, no campo "OBSERVAÇÕES", deverá informar o período de vinculação ao RPPS.

3. Na tabela "INFORMAÇÕES ADICIONAIS/OCORRÊNCIAS":

- 3.1 Deverá responder à pergunta acerca da existência de licença não-remunerada ou afastamento, que acarrete na suspensão do contrato de trabalho (a exemplo de período em gozo de auxílio-doença/aposentadoria por invalidez, suspensão disciplinar, etc.). Em caso de resposta positiva, deverá discriminar os períodos;
- 3.2 Deverá marcar ou especificar a documentação que serviu de base para emissão da declaração;
- 3.3 No campo "OBSERVAÇÕES", além de mudança de regime de previdência, poderá ser registrado eventos como ação trabalhista, cessão de servidor, etc.

4. ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES:

- 4.1 Observando a competência de cada órgão e a necessária identificação dos responsáveis pela emissão, a Declaração deverá ser confirmada com a assinatura, cargo e matrícula do Dirigente do Órgão Competente.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

PEDIDO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

(Contagem Recíproca – Lei n.º 6.226/75 e Lei n.º 6.864/80)

NOME DO REQUERENTE

FUNCIONÁRIO PÚBLICO LOTADO NO(A) :

Matrícula n.º

Pis/Pasep n.º

CPF n.º

REQUER, na forma da Lei n.º 6.226/75, com alterações na Lei n.º 6.864/80, que seja expedida **CERTIDÃO POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO**, para averbação no órgão de lotação acima descrito, relativa aos períodos de filiação ao **INSS** a seguir indicados apresentando para esse fim os documentos anexos, conforme discriminação abaixo:

Tempo de Filiação ao INSS PERÍODO	Empresa ou Atividade Autônoma	Documentos Comprobatórios
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		
/ / a / /		

Localidade e Data

Assinatura