



### 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: <i>AGENTE ADMINISTRATIVO</i>	MATRÍCULA Nº: <i>91-1</i>
--------------------------------------------	---------------------------

SECRETARIA: <i>ADMINISTRAÇÃO</i>	LOCAL DE TRABALHO: <i>PSF-III</i>
----------------------------------	-----------------------------------

Venho respeitosamente perante V. Ex<sup>a</sup> 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 checked="" 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 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

<i>Solicito contagem do tempo de serviço, para fins de esclarecimento, junto a documentação CNIS em anexo</i>

*Maria do Socorro de Souza*

Assinatura do(a) requerente  
Data: *10/04/2026*

Autorização do(a) Gestor(a)  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





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

03/06/2024 08:06:29

**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**

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

**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)

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts. 19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99. O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art. 195 da CF/1988 e art. 29 da EC 103/2019.



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 )

MARIA DO SOCORRO DE SOUZA

NOME DO REQUERENTE

FUNCIONÁRIO PÚBLICO LOTADO NO(A) :

SECRETARIA DE SAÚDE / MUNICÍPIO VEREADORTE/PE

Matrícula n.º 91-1

Pis/Pasep n.º 1.705.816.984-3

CPF n.º 943.848.604-63

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
<u>02 / 04 / 1987 a 03 / 03 / 1994</u>		
<u>03 / 03 / 1994 a 03 / 08 / 2001</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		
<u>/ / a / /</u>		

Souza/pe 26/11/25  
Localidade e Data

Maria do Socorro de Souza  
Assinatura