

REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: <u>Vanessa Gomes Ferreira</u>	CPF: <u>13283816417</u>
CARGO/FUNÇÃO: <u>Recepcionista</u>	MATRÍCULA Nº:
SECRETARIA <u>Saúde</u>	LOCAL DE TRABALHO: <u>PSF II Grossos</u>

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

Vanessa Gomes Ferreira
Assinatura do(a) requerente
Data: 15/03/2024

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

INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias

15/03/2024 10:31:43

Identificação do Filiado

NIT: 272.31283.61-1

CPF: 132.838.164-17

Nome: VANESSA GOMES FERREIRA

Data de nascimento: 02/12/1997

Nome da mãe: FRANCISCA RUBANIR GOMES FERREIRA

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	190.58817.78-7	11.667.975/0001-94	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado ou Agente Público		02/10/2017	15/12/2017	12/2017	
2	190.58817.78-7	11.667.975/0001-94	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado ou Agente Público		15/01/2018	04/02/2019	02/2019	
3	190.58817.78-7	11.667.975/0001-94	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado ou Agente Público		04/02/2019		03/2019	
4	190.58817.78-7	11.667.975/0001-94	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado ou Agente Público		01/04/2019	31/12/2020	12/2020	
5	190.58817.78-7	11.667.975/0001-94	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado ou Agente Público		04/01/2021		02/2021	
6	190.58817.78-7	11.667.975/0001-94	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	Empregado ou Agente Público		01/03/2021	31/12/2021	12/2021	
7	272.31283.61-1		AGRUPAMENTO DE CONTRATANTES/COOPERATIVAS	Contribuinte Individual		01/06/2023	31/07/2023		
8	272.31283.61-1		AGRUPAMENTO DE CONTRATANTES/COOPERATIVAS	Contribuinte Individual		01/09/2023	29/02/2024		IREM-INDPEND

Legenda de Indicadores

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IREM-INDPEND	Remunerações com indicadores/pendências		



Você pode conferir a autenticidade do documento em <https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade> com o código 240315H-27M9N4PGZVNY90

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.