



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Manoel João Alvers CPF: 048.982.134-05

CARGO/FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços Gerais MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: De Educação LOCAL DE TRABALHO: Creche

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

Por meio deste, solicito Declaração de Tempo de Contribuição e Relação das Remunerações que incidem Contribuições previdenciárias, com os dados do servidor. Cujos modelos seguem anexos.

Gabriela Alves Muniz  
OAB/PE 43.528

Assinatura do(a) requerente  
Data: 14/02/2025

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



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** **Manoel João Alves**, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no RG sob o nº 3.495.852 e CPF nº 048.982.134-05, residente e domiciliado no Sítio Riachinho, Município da cidade de Verdejante-PE, CEP: 56.120-000.


**OUTORGADA:** **Dra. Gabriela Alves Muniz**, brasileira, solteira, advogada, (88) 9 8229-3595, regularmente inscrita na **OAB/CE sob o nº 43.528**, com escritório profissional situado na Rua Antônio Ângelo, nº 42, bairro Nossa Senhora Aparecida, Penaforte - CE, e-mail [gabrielamunizadv@gmail.com](mailto:gabrielamunizadv@gmail.com).

**PODERES GERAIS:** Poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra e Ad Negotia", para representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública ou privada, inclusive o INSS, podendo propor contra quem de direito as ações cabíveis e defendê-lo nas contrárias, até a decisão final, inclusive recurso, podendo confessar, desistir, transigir, firmar compromisso e acordos, receber e dar quitações, em todas as instâncias e esferas judiciais, podendo ainda, substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes.

**PODERES ESPECÍFICOS:** Confere-lhes, também, poderes especiais para requerer benefícios pela via administrativa e suas revisões, requerer cópia de Laudos Médicos Periciais, Solicitação de Informações ao Médico Assistente (SIMA), Históricos de Créditos, HISMED, Histórico de Empréstimos, requerer processos administrativos em qualquer órgão público, privado ou autarquias, receber e dar quitação dos valores, inclusive por meio de Precatório ou RPV e/ou Alvará; assinar declarações junto a Receita Federal e demais órgãos; cessando os efeitos deste instrumento a partir da extinção do seu objetivo, podendo ainda, substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes.

A rogo de **Manoel João Alves**, por não saber assinar seu nome, nos termos do artigo 43, §3º da PORTARIA DIRBEN/INSS Nº 993, DE 28 DE MARÇO DE 2022, assina a Rogada **Maria Aparecida Crispim Simplício Alves**, brasileira, casada, agricultora, inscrita no RG sob 2015065439-6 e CPF nº 762.670.163-15, residente e domiciliada no Sítio Riachinho, Município da cidade de Verdejante-PE, CEP: 56.120-000.

Penaforte- CE, 30 de Dezembro de 2024.

 Maria Aparecida Crispim Simplício ALVES  
Manoel João Alves a Rogo da Sra. Maria Aparecida Crispim Simplício Alves

Testemunha 1:

Nome completo: João Simplício Alves

RG 2015 06 59302 SSPB CE CPF: 130.697.194-98

Testemunha 2:

Nome completo: Crispim Simplício Alves

RG 2008172917-5 CPF: 116.756.771-92

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME **Manoel João Alves**

FILIAÇÃO  
**João José Alves  
Aderita Antonia de Jesus**

NATURALIDADE **Verdejante - PE**  
DATA NASCIMENTO **20/09/1964** ORGÃO EXPEDIDOR **SDS/PE** TIPO SANG./FATOR RH

OBSERVAÇÃO

IMPOSSIBILIDADE DE ASSINAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira Ltda

PROIBIDO PLASTIFICAR

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL **3.495.852** DATA DE EXPEDIÇÃO **23/02/2024**

REGISTRO CIVIL  
**CC 1189 Liv B4 Fis 222 Penaforte - CE 26/09/2008**

CPF **048.982.134-05** DNI

T. ELEITOR CTPS SÉRIE UF

NIS/PIS/PASEP IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH CNS

*Paulo Joao Barros Silva*  
Paulo Joao Barros Silva  
Gerente do IIRB/PE

EC-11

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Polegar Direito

 **Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

 **COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

Número  
**048.982.134-05**

Nome  
**MANOEL JOAO ALVES**

Nascimento  
**20/09/1964**



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ  
IDENTIDADE DE ADVOGADA

NOME

GABRIELA ALVES MUNIZ

FILIAÇÃO

FRANCISCO PEREIRA MUNIZ  
FRANCISCA EGIRLEIDE ALVES MUNIZ

NATURALIDADE  
JATI-CE

RG  
2006029198607 - SSPDSCE

DATA DE NASCIMENTO

19/04/1997

CPF

067.787.113-96

VIA EXPEDIDO EM

01 07/05/2020

INSCRIÇÃO

43528



*Jose Erivaldo Dantas Filho*  
JOSE ERIVALDO DANTAS FILHO  
PRESIDENTE

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 16231276

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.006/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

*Gabriela Alvers Meiring*



OBSERVAÇÕES



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	____/____/____	____/____/____		( ) Efetivo/Estável ( ) Comissionado/ Mandato Eletivo

				( ) Contratado
2	___/___/___	___/___/___		( ) Efetivo/Estável ( ) Comissionado/ Mandato Eletivo ( ) Contratado
3	___/___/___	ATÉ A PRESENTE DATA		( ) Efetivo/Estável ( ) Comissionado/ Mandato Eletivo ( ) Contratado

### INFORMAÇÕES ADICIONAIS/OCORRÊNCIAS

LICENÇAS/ AFASTAMENTO	No(s) período(s) acima discriminado(s), houve licença não-remunerada ou afastamento, que acarretasse na suspensão do contrato de trabalho? ( ) NÃO. ( ) 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	Os seguintes documentos serviram de base à presente declaração foram: ( ) Atos de nomeação e exoneração. ( ) Contrato de Trabalho, registros em CTPS ou ficha funcional contemporâneos. ( ) Folhas de pagamento ou ficha financeira. ( ) Registros de frequência. ( ) 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: _____, ___/___/___  _____	Visto do Dirigente do Órgão competente.  _____

Assinatura do servidor que lavrou a Declaração  
Nome/Cargo/Matrícula

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

ANEXO V

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

(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)

**RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES QUE INCIDEM CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS**

**REFERENTE À 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:		

DATA DE ADMISSÃO:	DATA DA EXONERAÇÃO:	PIS/PASEP:	CPF:
-------------------	---------------------	------------	------

**DADOS DE REMUNERAÇÕES**

Mês	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)
JANEIRO					



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

FEVEREIRO					
MARÇO					
ABRIL					
MAIO					
JUNHO					
JULHO					
AGOSTO					
SETEMBRO					
OUTUBRO					
NOVEMBRO					
DEZEMBRO					

**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 Este anexo “RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES QUE INCIDEM CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS” quando for utilizado deverá acompanhar o respectivo anexo



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

“DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO AO RGPS - DTC ( Nº / ANO ) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_”;

1.2 Deverão ser informadas as remunerações para as quais incidem obrigatoriamente contribuições previdenciárias;

1.3 O campo “Valor (\$)” deverá ser preenchido com a remuneração em moeda da época.



### REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito  
 Sr. Secretário(a)

NOME: Manoel João Alvers CPF: 048.982.134-05

CARGO/FUNÇÃO: Auxiliar de Serviços Gerais MATRÍCULA Nº: \_\_\_\_\_

SECRETARIA: De Educação LOCAL DE TRABALHO: Creche

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 type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input checked="" 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

Solicito, ainda, uma declaração informando que não reconheço os vínculos, além dos períodos que a Prefeitura localizou, com base nos documentos existentes no órgão. Segue anexo, modelo para melhor auxiliar na confecção da declaração.

Gabriela Alves Muniz  
CPF: 431528

Assinatura do(a) requerente  
Data: 14/02/2025

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



## SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO

Por meio deste, solicito também uma Declaração da Prefeitura, **a qual possa elencar de forma clara a situação dos vínculos laborativas do seu Manoel João Alves**, ressaltando, se possível **os períodos nos quais o Servidor exerceu a atividade com o início e fim dos vínculos, com base na documentação existente e fornecida pelo órgão**, qual seja: fichas financeiras e contracheques.

Embora em momento anterior a Prefeitura já tenha emitido uma declaração à mesma não foi tão clara, razão pela qual venho fazer esta nova solicitação.

Importante destacar, que embora na Prefeitura não haja indícios de contratos além **dos vínculos 01/03/2003 a 01/02/2013 e 01/02/2013 a 01/09/2014**, há que se destacar que os repasses foram feitos para o RGPS – **Regime Geral de Previdência Social, em razão das remunerações estarem no CNIS- Cadastro Nacional de Informações Social do segurado.**

Meu INSS | Serviços ▼ | Manoel Alves CPF: 048.982.134-05

Extrato de Contribuições (CNIS)

É o serviço para consultar o documento com os dados sobre vínculos, contribuições e remunerações que estão no sistema do INSS.

Lista de vínculo(s)

MUNICIPIO DE VERDEJANTE (CNPJ: 11348.570/0001-93)		▼
Data de início: 01/02/2013	Data de fim: 01/09/2014	
BENEFÍCIO		▼
Data de início: 25/08/2009	Data de fim: 20/11/2009	
MUNICIPIO DE VERDEJANTE (CNPJ: 11348.570/0001-93) IREM-INDEPEND		▼
Data de início: 01/03/2003	Data de fim: 01/02/2013	

O intuito da presente declaração é para ajudar no pedido de Exclusão desses vínculos urbanos, os quais segundo o sistema do INSS computam atualmente, 11(onze) anos e 6 (seis) meses, sendo que **o segurado reconhece apenas os vínculos dos anos 2003 e 2013, e não a totalidade de todos esses anos**, inclusive o mesmo informa não ter recebido remunerações durante todos esse anos.

Meu INSS | Serviços ▾ | Manoel Alves CPF: 048.982.134-05

### Simular Aposentadoria

É o serviço para simular a aposentadoria com base nos dados que estão no INSS.

Atenção! O resultado desta tela não garante direito ao benefício.

Siga para o lápis caso queira mudar alguma informação sobre idade, sexo e tempo de contribuição (vínculos e períodos).

IDADE	SEXO	
60 anos	Masculino	
TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO		
11 anos, 6 meses		

Razão pela qual, venho encarecidamente, representando meu cliente, conforme Procuração e OAB anexa, **requerer elaboração de uma declaração da Prefeitura, informando os anos de atividade desenvolvida pelo servidor, ressaltado que embora no CNIS - Cadastro de Informações Nacionais conste tais remunerações na Prefeitura só foi encontrado os vínculos do ano 2003 e 2013, conforme documentação fornecida ao servidor, isto é, a ficha financeira e contracheques.**

**DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE VÍNCULOS**  
**(Papel timbrado da instituição)**

Declaro, para os devidos fins, e para fazer prova junto ao INSS - Instituto Nacional do Seguro Social, que conforme comprovam as folhas de pagamentos, portarias, fichas financeiras, bem como buscas nos arquivos da Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_, que o(a) servidor(a) \_\_\_\_\_ (nome do/a) servidor/a), matrícula nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, PIS/PASEP: \_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_\_, exerceu o cargo/função de \_\_\_\_\_ (especificar o cargo/função), junto a esse Município, nos seguintes períodos \_\_\_\_\_, (indicar início e fim de vínculo) para fazer prova desses vínculos foi fornecido \_\_\_\_\_ (especificar os documentos fornecidos) os quais constam nos arquivos desta instituição.

Informo, por fim e expressamente, que as informações foram prestadas com base na documentação constante dos registros deste órgão e que se encontram a disposição do INSS - Instituto Nacional do Seguro Social, para consulta.

\_\_\_\_\_ (Cidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e identificação do Diretor(a) ou Chefe de Setor Pessoal ou**  
**Departamento equivalente com carimbo e matrícula**