

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO - CTC

NOME: _____
CPF: _____ N° RG: _____
PIS/PASEP: _____ CTPS: _____ SEXO: () M () F
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ESTADO CIVIL: _____
CARGO: _____ FUNÇÃO: _____
ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____
MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ TELEFONE: _____
CELULAR: _____ E-MAIL: _____
LOCAL DE TRABALHO: () PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA () CÂMARA MUNICIPAL DE CARIACICA
CARGO EXERCIDO: _____ MATRÍCULA: _____
PERÍODO: ____/____/____ á ____/____/____

REQUER CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA PARA AVERBAÇÃO NO ENTE ABAIXO RELACIONADO:

() INSS / CNPJ:(Especificar) _____
() ÓRGÃO ESTADUAL / CNPJ: (Especificar) _____
() ÓRGÃO FEDERAL / CNPJ: (Especificar) _____
() PREFEITURA / CNPJ: (Especificar) _____
() OUTROS ESTADOS: (Especificar) _____
MOTIVO DO PEDIDO: () 1ª VIA
() 2ª VIA (neste caso, a abertura do processo será condicionada apresentação da 1ª via)

ANEXAR CÓPIAS DE: RG/CNH, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Requerente: _____