



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PMSP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – COGEP  
DGT – Departamento de Gestão do Trabalho  
NAPS-Núcleo de Atendimento ao Profissional na Saúde

**Assunto: CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO para fins de APOSENTADORIA junto ao:**

( ) Governo do Estado de: \_\_\_\_\_

Secretaria: \_\_\_\_\_

( ) Poder Judiciário – Tribunal: \_\_\_\_\_

( ) INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social.

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Regime de Trabalho **atual**: ( ) RGPS ( ) RPPS

A Certidão de Tempo de contribuição deve constar dados do:

**Perfil Profissiográfico Previdenciário-PPP** ( ) Sim ( ) Não

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_

Filho(a) de: (Mãe) \_\_\_\_\_

e de: (Pai) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: Cel. ( ) \_\_\_\_\_ Res. ( ) \_\_\_\_\_ Com. ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ex-servidor desta Prefeitura RF.: \_\_\_\_\_ V.\_\_\_\_\_, tendo exercido as funções de \_\_\_\_\_

no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ junto a Secretaria Municipal Saúde.

Vem mui respeitosamente requerer de V. E<sup>a</sup>. o **DEFERIMENTO** do pedido supra.

**OBS.: Fico ciente que terei o prazo improrrogável de 30 (trinta) dias após ser convocado, para a retirada da Certidão e que em caso de não comparecimento, o processo será ARQUIVADO.**

Nestes Termos Pede Deferimento

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente