



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: **DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO** para fins de obtenção de benefício
junto
ao INSS.

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Filiação (Mãe): _____

e de (Pai): _____

Endereço: _____

Nº.: _____ Compl.: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefones: Cel. () _____ Res. () _____ Com. () _____

E-mail: _____

Ex-servidor (a) desta Prefeitura sob RF: _____ V. _____, tendo exercido as funções de
_____ no período de ____ / ____ / ____
à ____ / ____ / ____ junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Vem mui respeitosamente requerer de V. Sr^a. 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