



Instituto de Previdência e Assistência dos
Servidores do Município de Vitória
Diretoria de Benefícios
Coordenação de Compensação Previdenciária

REQUERIMENTO
Certidão de Tempo
Contribuição

Reservado ao Ipamv

Nome		CPF	
Cargo		PIS/PASEP	
Endereço Residencial			
Complemento do Endereço			CEP
Bairro	Cidade		UF
Local em que trabalhou		Telefone/Ramal para Contato	
PMV <input type="checkbox"/>	CMV <input type="checkbox"/>	DDD <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
IPAMV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DDD <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Situação		Vínculo:	
Data da Exoneração (Opcional) ____/____/____		Estatutário (Efetivo) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cargo Comissionado até 15/12/1998* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Contrato Temporário até 15/12/1998* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local de Averbação/ Destinação:			
Data do Pedido ____/____/____		Assinatura do Requerente:	

* O Ipamv fornecerá CTC até 15/12/1998, após essa data as contribuições foram destinadas ao RGPS.
- Art 3º da Instrução Normativa nº 16/2004
O prazo para a emissão da Certidão de Contribuição será de 30 (trinta dias úteis) contados a partir do retorno do processo do município com todas as informações prestadas pela SEGES/GCD/CDV e/ou CMV.

Rua Chafic Murad, 712, Bento Ferreira, Vitória/ES - CEP: 29050-660
Tel.: (27) 3025-4026 E-mail: ipamv.certidoes@ipamv.org.br