



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