

Reservado ao Ipamv

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

Coordenação de Compensação Previdenciária

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE TEMPO CONTRIBUIÇÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome | CPF |
|  | \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ |
| Cargo | PIS/PASEP |
|  |  |
| Cor |
|  Indígena Branca Preta Amarela Parda  |
| Endereço Residencial |
|  |
| Complemento do Endereço | CEP |
|  |  |
| Bairro | Cidade | UF |
|  |  |  |
| Local em que trabalhou | Telefone/Ramal para Contato |
| **PMV** |  | **CMV** |  |  | DDDDDD |  |  |  |  |  |  |
| **IPAMV** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Situação | Vínculo |
| **Data da Exoneração** (Opcional)**\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Estatutário** (Efetivo) |  |  |
| **Cargo Comissionado****até 15/12/1998\*** |  |  |
| **Contrato Temporário****até 15/12/1998\*** |  |
| **Local de Averbação / Destinação** |
|  |
|  |
|  |

Solicito reconhecimento de tempo especial de: Magistério Contínua exposição de risco à saúde

*(neste caso deverá ser apresentado o PPP e LTCAT de todos os períodos solicitados)*.

Estou ciente de que 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, **conforme art 3º da Instrução Normativa nº 16/2004**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data do Pedido****\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Assinatura do Requerente**: |