

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** |  |  | DDD  DDD |  |  |  | | | | |  |  |  |
| **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**: |