**SOLICITAÇÃO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome Completo: | Sexo: ( ) F ( ) M |
| Data de Nasc.: | RG/Órgão: |
| CPF: | PIS/PASEP: |
| Nome do Pai: | Nome da Mãe: |
| Endereço: |
| Nº: | Complemento: | CEP: |
| Bairro: | Município: | UF: |
| Telefone: ( ) | Celular: ( ) | Recado: ( ) |
| E-mail **(*obrigatório):*** |
| Órgão(s) em que o EX-SERVIDOR prestou serviço público: |
| Cargo(s): |
| No período de: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, requer Certidão de Tempo de Contribuição Previdenciária para a destinação abaixo relacionada:( ) INSS( ) ÓRGÃO FEDERAL – (especificar Órgão) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) ÓRGÃO ESTADUAL – (especificar Órgão) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) ÓRGÃO MUNICIPAL – (especificar Órgão) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ( ) 1ª VIA( ) \* 2ª VIA/ \*\* RETIFICAÇÃO– Motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Já é aposentado pelo ISSBLU? ( ) SIM ( ) NÃO |
| \*\*\*Exerceu atividades sobre condições especiais? ( ) SIM ( ) NÃO Tipo: [ ] Agentes nocivos à saúde [ ] PCD-Pessoa com deficiência [ ] Magistério |
| **DECLARO ESTAR CIENTE QUE INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO SERÃO ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Requerente |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS****- Anexar:** Carteira de Identidade, CPF, certidão de nascimento/casamento caso tenha alterado o nome (ex: por casamento, divórcio, etc.), portaria de nomeação, portaria de exoneração, e relação dos salários de contribuição, devidamente emitidos pelo órgão/local no qual exerceu suas atividades, conforme artigo 185, da Portaria MTP N.º 1.467/2022.**\* Para emissão de 2ª via apresentar o formulário de extravio preenchido e assinado, declaração/certidão do órgão de destino mencionando que não foi averbada ou utilizada para a concessão de quaisquer benefícios ou vantagens financeiras e requerimento de cancelamento da certidão esclarecendo o fim e razão do pedido conforme artigos 199 e 200 da Portaria MTP N.º 1.467/2022.****\*\* Em caso de retificação, devolver a via ORIGINAL da CTC emitida anteriormente, declaração/certidão do órgão de destino mencionando que não foi averbada ou utilizada para a concessão de quaisquer benefícios ou vantagens financeiras, e requerimento de cancelamento da certidão esclarecendo o fim e razão do pedido conforme artigo 199 da Portaria MTP N.º 1.467/2022.****\*\*\*** Para o **RECONHECIMENTO DE ATIVIDADE ESPECIAL:**1. Agentes nocivos à saúde: apresentar OBRIGATORIAMENTE LTCAT e PPP.
2. PCD: apresentar atestado/laudo médico.
3. Magistério: anexar “Declaração de Magistério” expedida pelo setor de RH do órgão no qual exerceu suas funções.

**ATENÇÃO: O PROTOCOLO DEVERÁ SER REALIZADO PRESENCIALMENTE NO ISSBLU****IMPORTANTE:** Caso o requerimento seja feito por procurador anexar igualmente a procuração assinada e documento de identificação do procurador. |