**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) no qual o EX-SERVIDOR era vinculado: | | | | | | | |
| Cargo(s): | | | | | | | |
| No período de: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, requer Certidão de Tempo de Contribuição Previdenciária para aproveitamento junto a(o):  ( ) 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, se a CTC for destinada a RPPS, é necessário apresentar ***registro funcional*** ***com carimbo do CNPJ******do ente ao qual é vinculado***, 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 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:** Procuradores, favor anexar a procuração e documento de identificação do procurador. | | | | | | | |