

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

DADOS DO EX-SERVIDOR

NOME COMPLETO:

CPF:

RG/ÓRGÃO DE EXPEDIÇÃO/UF:

NATURALIDADE/UF:

NACIONALIDADE:

TELEFONE (COM WHATSAPP):

E-MAIL (ATIVO):

ENDEREÇO:

Nº:

CEP:

BAIRRO:

CIDADE/UF:

CARGO:

MATRÍCULA:

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:

MARCAR OPÇÃO CONFORME SERVIÇO DESEJADO:

1. ☐ EMISSÃO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO – CTC, CONFORME PORTARIA MTP Nº 1.467, DE 02/06/2022¹

PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO²: _____

ÓRGÃO DESTINATÁRIO: _____

CNPJ: _____

2. ☐ REVISÃO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO. INFORMAR O FIM E A RAZÃO DO PEDIDO.

3. ☐ 2ª VIA DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO. INFORMAR O FIM E A RAZÃO DO PEDIDO.

4. ☐ CANCELAMENTO DE CTC EXPEDIDA. INFORMAR O FIM E A RAZÃO DO PEDIDO.

OBSERVAÇÃO/COMPLEMENTAÇÃO:

Declaro, sob as penas de Lei, que as informações acima correspondem ao inteiro teor da verdade.

¹ Disciplina os parâmetros e as diretrizes gerais para organização e funcionamento dos regimes próprios de previdência social dos servidores públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em cumprimento à Lei nº 9.717, de 1998, aos arts. 1º e 2º da Lei nº 10.887, de 2004 e à Emenda Constitucional nº 103/2019.

² Se deseja o fracionamento do período de contribuição, preencha mais de 1 requerimento e indique o período, bem como respectivo órgão destinatário e seu CNPJ.



LOCAL (CIDADE E UF):

DATA:

ASSINATURA ELETRÔNICA PELO GOV.BR, TOKEN ou MANUAL

ASSINATURA DO EX-SERVIDOR OU REPRESENTANTE LEGAL

Instituto de Previdência do Estado de Roraima – IPER

CNPJ: 03.491.063/0001-86

WhatsApp: (95) 2121-3977 (Divisão de Atendimento)

E-mail: atendimento@iper.rr.gov.br (Benefícios) / presidencia@iper.rr.gov.br (Presidência)

Rua João Evangelista Pereira de Melo, 228, Aparecida, CEP: 69.306-353, Boa Vista/RR