



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PMSP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – COGEP  
DGT – Departamento de Gestão do Trabalho  
NAPS-Núcleo de Atendimento ao Profissional na Saúde

**ASSUNTO: Solicitação PPP- PERFIL PROFISSIONGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO**

**FINALIDADE: Apresentação ao INSS**

Nome: \_\_\_\_\_

RF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: Cel. ( ) \_\_\_\_\_ Res. ( ) \_\_\_\_\_ Com. ( ) \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Vem mui respeitosamente requerer o **DEFERIMENTO** do pedido supra.

Nestes Termos Pede Deferimento

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - PMSP  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – COGEP  
DGT – Departamento de Gestão do Trabalho  
NAPS-Núcleo de Atendimento ao Profissional na Saúde**

**SOLICITAÇÃO PPP**

Nome: \_\_\_\_\_

Registro Funcional: \_\_\_\_\_

Cargo/Função Exercida: \_\_\_\_\_

Unidade:
Descrição das Atividades:

Unidade:
Descrição das Atividades:

Unidade:
Descrição das Atividades:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**