



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

**Assunto: DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO para fins de obtenção de benefício junto ao INSS.**

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

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ TIT.ELEITOR: \_\_\_\_\_

Filiação (Mãe): \_\_\_\_\_

e de (Pai): \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ex-servidor (a) desta Prefeitura sob RF: \_\_\_\_\_, tendo exercido as funções de \_\_\_\_\_ no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ junto à Secretaria Municipal de Saúde.

Vem mui respeitosamente requerer de V. Sr<sup>a</sup>. o **DEFERIMENTO** do pedido supra.

**OBS.: Fico ciente que terei o prazo improrrogável de 30 (trinta) dias após ser convocado, para a retirada da Certidão e que em caso de não comparecimento, o processo será ARQUIVADO.**

Nestes Termos Pede Deferimento

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

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