GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS



**REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO**

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR SECRETÁRIO DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO**



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REQUERENTE** |  |  |
| **RG** | **CPF** | **MATRICULA** |
| **FILIAÇÃO** | | |
| **Nº PIS/PASEP** | **SEXO ( )FEM ( )MASC** | **DATA DE NASCIMENTO** |
| **ENDEREÇO** | **BAIRRO** | |
| **CIDADE** | **CEP** |  |
| **TELEFONE COMERCIAL** | **TELEFONE RESIDENCIAL** | **TELEFONE CELULAR** |
| **ÓRGÃO EM QUE TRABALHOU/CARGO** |  | **MUNICÍPIO** |

**SOLICITA A VOSSA EXCELÊNCIA A CONCESSÃO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERÍODO INICIAL**  1. **/** | **/** |  | **A** | **PERÍODO FINAL**  **/** | **/** |  | **ÓRGÃO/REPARTIÇÃO** |
| 2. **/** | **/** |  | **A** | **/** | **/** |  |  |

**PARA FINS DE AVERBAÇÃO JUNTO AO:**

# ( ) REGIME GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (INSS);

**( ) REGIME PRÓPRIO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE ( ) REGIME PRÓPRIO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE**

**( ) REGIME PRÓPRIO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS ( ) OUTROS (ESPECIFICAR)**

**OBSERVAÇÕES:**

**ANEXAR OS DOCUMENTOS:**

1. **CÓPIA DO RG, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (OBRIGATÓRIOS);**
2. **JUNTAR CÓPIA DE DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA (CASO POSSUA), COMO FICHA FUNCIONAL, DIÁRIO OFICIAL DA NOMEAÇÃO/ADMISSÃO E DA EXONERAÇÃO/DEMISSÃO; CARTEIRA DE TRABALHO, RECIBOS DE PAGAMENTOS, CONTRATOS E OUTROS, A FIM DE AGILIZAR O ANDAMENTO DO PROCESSO;**
3. **NA IMPOSSIBILIDADE DO REQUERENTE RETIRAR A CERTIDÃO NA SAD, PODERÁ SER ENTREGUE A TERCEIRO, DESDE QUE AUTORIZADO PELO REQUERENTE, MEDIANTE PROCURAÇÃO.**
4. **PARA CASOS DE REVISÃO DE CERTIDÃO DEVERÁ CONSTAR A CERTIDÃO ORIGINAL;**

5. PARA CASOS DE SOLICITAÇÃO DE 2º VIA DA CTC DEVERÁ CONSTAR DECLARAÇÃO EMITIDA PELO REGIME PREVIDENCIÁRIO A QUE SE DESTINAVA A CERTIDÃO CONTENDO INFORMAÇÕES SOBRE A EXISTÊNCIA DE CERTIDÃO EMITIDA PELO ESTADO E, EM CASO AFIRMATIVO, PARA QUE FINS FORAM UTILIZADOS.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUIABÁ-MT** |  | **DE** |  | **DE** |
|  |  |  |  |  |
| **ASSINATURA DO REQUERENTE** | | | | |
| **ATENÇÃO: A CERTIDÃO SÓ PODERÁ SER EMITIDA PARA EX-SERVIDORES.** | | | | |

**CÓDIGO DO FORMULÁRIO REVISÃO DO FORMULÁRIO DATA DA REVISÃO DO FORMULÁRIO**

***FORM PROV SGP 014 001***