



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ou CTC**

EU: **ROBNEI SILVA**

CPF: **43391630906**

Tel: (67) 992964738

Tel: (67) 30254738

Endereço: RUA JATAI, 41, NOVA BANDEIRANTES - CEP: 79006790

Escolaridade: SUPERIOR COMPLETO

Cor/Raça: NÃO DECLARADA

Estado Civil: CASADO(A)

Email: drrobneisilva@gmail.com

**Solicito o protocolo do seguinte serviço:**

**CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO - CTC**

**e declaro que:**

Não autorizo o depósito em conta corrente / poupança no presente momento.

Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no email **drrobneisilva@gmail.com**, nos termos do §3º do Art. 42 do Anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

**Declaro também estar ciente de que devo acompanhar o andamento de meu pedido através do site do INSS e de que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.**

Local: CAMPO GRANDE/MS, 03 de janeiro de 2018.

Assinatura: \_\_\_\_\_