

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Secretaria Executiva

Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro

Coordenação de Administração / Serviço de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO E/OU CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

Nome:	<input type="text"/>	SIAPE:	<input type="text"/>
Matrícula de Origem: (antes do SIAPE ou Matrícula Dataprev):	<input type="text"/>		
Cargo que Ocupava:	<input type="text"/>		
Última Lotação:	<input type="text"/>		
Data de Admissão:	<input type="text"/>	Data de Saída:	<input type="text"/>
RG:	<input type="text"/>	Órgão Expedidor:	<input type="text"/>
		CPF:	<input type="text"/>
Data de Nascimento:	<input type="text"/>	PIS/PASEP:	<input type="text"/>
Nome do Pai:	<input type="text"/>		
Nome da Mãe:	<input type="text"/>		
Endereço:	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>
Complemento:	<input type="text"/>	Bairro:	<input type="text"/>
Cidade:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>
		UF:	<input type="text"/>
Telefones:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

Venho solicitar uma:

- Declaração de Tempo de Contribuição** (Portaria MPS nº 154, de 15/05/2008, combinada com o Memorando Circular nº 36/INSS, de 11/11/2013).
- Certidão de Tempo de Contribuição** (Portaria 154, de 15 de maio de 2008).

Para ser apresentada junto ao:Órgão de Destino:

Declaro estar ciente que a falta da documentação exigida poderá atrasar o pedido ou ser insuficiente para a conclusão da solicitação.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do Requerente