

Nome:		Sexo:		
Data de Nasc.:		RG/PR:		
CPF:		PIS/PASEP:		
Nome do Pai:		Nome da Mãe:		
Endereço:				
Nº:	Complemento:		CEP:	
Bairro:		Município:		UF:
Telefone: ()		Celular: ()		WhatsApp: ()
E-mail (OBRIGATÓRIO):				

Órgão(s) em que o EX-SERVIDOR prestou serviço público estadual:	
Cargo:	Linha Funcional:
Exerceu atividade caracterizada como tempo especial no período de contribuição solicitado (Parágrafo único do Art. 5º da Portaria MPS nº 154/2008)? <input type="checkbox"/> NÃO / <input type="checkbox"/> SIM – se sim, informe a seguir os: Períodos deficiente: _____ Períodos atividades de risco: _____ Períodos atividades sobre condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física: _____	

No período de: ____ / ____ / ____ à ____ / ____ / ____ , requer Certidão de Tempo de Contribuição Previdenciária para averbação no ente abaixo relacionado: <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ÓRGÃO FEDERAL – (especificar Órgão) _____ <input type="checkbox"/> OUTRO ÓRGÃO ESTADUAL – (especificar Órgão e Estado) _____ <input type="checkbox"/> ÓRGÃO MUNICIPAL – (especificar Órgão e Município) _____
<input type="checkbox"/> 1ª VIA <input type="checkbox"/> 2ª VIA / RETIFICAÇÃO – Motivo _____ Aposentado pela PARANAPREVIDENCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
<u>DECLARO ESTAR CIENTE QUE A CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA, BEM COMO INFORMAÇÕES E SOLICITAÇÕES SOBRE ESTE PROCESSO SERÃO ENCAMINHADAS PARA O E-MAIL ACIMA INFORMADO.</u> _____, _____ de _____ de _____. _____ Assinatura do Requerente

Em caso de retificação, devolver a via original da CTC emitida anteriormente.
Anexar digitalizado: Carteira de Identidade e CPF