



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR TÉCNICO DO DEPARTAMENTO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO			
Eu, (NOME DO REQUERENTE)			
RG	CPF	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		Nº	COMPL.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TEL RES	TEL CEL	E-MAIL	
_____ 1ª SOLICITAÇÃO _____ 2ª SOLICITAÇÃO			
Requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao: _____ (ÓRGÃO DESTINATÁRIO) Compreendendo o período de: / / a / /			
_____ REVISÃO	_____ SUBSTITUIÇÃO	_____ CANCELAMENTO	
MOTIVO			
SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL			
É servidor público estadual atualmente? Sim _____ Não _____	Lotado em qual órgão?		
Desde qual data? / /	Contribui para o INSS? Sim _____ Não _____		
É aposentado atualmente? Sim _____ Não _____	Qual o órgão previdenciário?		

Data da concessão / /

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Já acumulou cargos públicos?
Sim _____ Não _____

Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que o tempo de serviço prestado ao Estado de São Paulo (conforme mencionado acima), até a presente data, não foi computado ou averbado para qualquer efeito junto a qualquer órgão previdenciário.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

_____, ____/____/____

****Orientações para o preenchimento do Requerimento da CTC**

REQUERIMENTO

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR TÉCNICO DO DEPARTAMENTO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO			
Eu, (NOME DO REQUERENTE)			
RG	CPF	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		Nº	COMPL.
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TEL RES	TEL CEL	E-MAIL	
_____ 1ª SOLICITAÇÃO _____ 2ª SOLICITAÇÃO			
Requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao: _____			
(ÓRGÃO DESTINATÁRIO)			
Compreendendo o período de: / / a / /			
_____ REVISÃO	_____ SUBSTITUIÇÃO	_____ CANCELAMENTO	
MOTIVO			
SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL			
É servidor público estadual atualmente? Sim _____ Não _____	Lotado em qual órgão?		
Desde qual data? / /	Contribui para o INSS? Sim _____ Não _____		
É aposentado atualmente? Sim _____ Não _____	Qual o órgão previdenciário?		
Data da concessão / /			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

O preenchimento dos dados pessoais no requerimento, deverão ser **idênticos** aos documentos entregues;

Órgão Destinatário:
Neste campo, o interessado deverá preencher o local desejado para a averbação do tempo (INSS, Prefeituras Municipais, outros Órgãos Municipais, Estaduais e Federais). Não pode ficar em branco

Caso o interessado não saiba o período trabalhado entrar em contato pelo e-mail: dp3@tce.sp.gov.br

Já acumulou cargos públicos?
Sim _____ Não _____

Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que o tempo de serviço prestado ao Estado de São Paulo (conforme mencionado acima), até a presente data, não foi computado ou averbado para qualquer efeito junto a qualquer órgão previdenciário.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO REQUERENTE

Preencher e
assinalar todos os
campos, não
deixando nada em
branco

_____, ___/___/___ _____