



REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO  
PARA FINS DE OBTENÇÃO DE BENEFÍCIO JUNTO AO INSS

DADOS PESSOAIS

Nº Funcional

Nome do Servidor

Telefone Contato

Nome da Mãe

CPF

Nº RG

Órgão Expedidor

Endereço:

CEP

Bairro

Cidade

Estado

DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

Tipo de Vínculo:

☐

Comissionado

☐

Contrato Temporário

Cargo

DETALHAMENTO

Data

Assinatura do Requerente

RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO

Data

Assinatura

Nº Funcional