

Exmo. Sr.
DD. Secretário de Estado da Saúde

_____, R.G. nº. _____,
_____(cargo ou função atividade),
classificada no(a) _____,
da Secretaria de Estado da Saúde, desde ___/___/_____, vem
respeitosamente requerer a V. Ex^a., a *emissão* do PERFIL
PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP, de acordo com a
Instrução Normativa IN-INSS Nº 99/2002.

Nestes Termos.
P. Deferimento

(ASSINATURA DO REQUERENTE)

Data ___/___/_____

FRENTE

REGIME TRABALHISTA

ESTATUTÁRIO:

CELETISTA :

OUTROS :

DADOS FUNCIONAIS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

NOME COMPLETO: _____

Nº PIS/PASEP _____

DATA ADMISSÃO: ___/___/_____ DATA DA DEMISSÃO: ___/___/_____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____

Nº CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDENCIA SOCIAL: _____/_____/_____
NÚMERO SÉRIE

UF

ACIDENTE DE TRABALHO: () NÃO () SIM DATA: ___/___/_____

COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT) Nº: _____

CARGO E/OU FUNÇÃO ATIVIDADE: _____

SETOR DE TRABALHO: _____

PERÍODO DE TRABALHO NO SETOR: DE: ___/___/_____ à ___/___/_____

DATA ___/___/200_____

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

VERSO