

CADERNO DE EXERCÍCIOS

EXPEDIÇÃO E HOMOLOGAÇÃO DA CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

EXERCÍCIO 1

SERVIDOR ADMITIDO PELA LEI 500/74 – CATEGORIA F - EM 14/03/1997

DISPENSADO EM 15/03/1998

**REQUER O PERIODO DE 14/03/1997 A 14/03/1998 PARA APROVEITAMENTO
NO INSS**

FREQUENCIA

1997 – FREQUENTE

1998 – LICENÇA SAÚDE PESSOA DA FAMÍLIA – DE 01/02 A 10/02/1998 (10)

DIAS, D.O.E. 20/02/1998



ANEXO XXX

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: MARIA DA SILVA		CNPJ: 46.374.500/0001-94	MATRICULA OU RS/PV: 999.999/01
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR 9.999.999-9/SSP/SP	CPF: 999.999.999-99	PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	
FILIAÇÃO: Mãe: JOANA SILVA Pai: JOÃO DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO: 19/07/1955		
ENDEREÇO: RUA JORDÃO, 22, VILA EMA, SÃO PAULO - 09999-999			
CARGO EFETIVO: OFICIAL ADMINISTRATIVO			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: SECRETARIA DA SAUDE			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: 14/03/1997		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: 15/03/1998	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: 14/03/1997 A 14/03/1998			
FONTE DE INFORMAÇÃO: FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: 14/03/1997 A 14/03/1998 PARA APROVEITAMENTO NO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL - INSS			
PERÍODO DE: A PARA APROVEITAMENTO JUNTO NO... ---			

FREQÜÊNCIA

ANO	TEMPO BRUTO	FALTAS	LICENÇAS	LICENÇA SEM VENCIMENTOS	SUSPENSÕES	DISPONIBILIDADE	OUTRAS	TEMPO LÍQUIDO
1997	293		-	-	-	-	-	293
1998	73		10	-	-	-	-	63
TOT. BRUTO	366	-	-	-	-	-	-	366
							TOTAL=	356

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de: correspondente a **11** ano(s), **11** mês(es) e **22** dias, dia(s).

CERTIFICO que a Lei Complementar nº 269, de 03/12/1981, assegura aos servidores do Estado de São Paulo aposentadorias voluntárias, por invalidez e compulsória, e pensão por morte, com aproveitamento de tempo de contribuição para o Regime Geral de Previdência Social ou para outro Regime Próprio de Previdência Social, na forma da contagem recíproca, conforme Lei Federal nº. 6.226, de 14/07/75, com alteração dada pela Lei Federal nº. 6.864, de 01/12/80.

Lavrei a Certidão que não contem emendas e nem rasuras. Local: _____ Data: 04/novembro/2016 _____ Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: 04/novembro/2016 _____ Assinatura e carimbo	Visto do Dirigente do Órgão Setorial DATA: 04/novembro/2016 _____ Assinatura e carimbo
---	---	--

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO a presente Certidão de Tempo de Contribuição e declaro que as informações nela constantes correspondem com a verdade.

Local e data: _____

Assinatura e carimbo do Dirigente da UG

Endereço eletrônico para confirmação desta Certidão:

rh-chm@saude.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI

ANEXO XXXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES

REFERENTE À CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO Nº _____, DE ____/____/____

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			CNPJ: 46.374.500/0001-94		
NOME DO SERVIDOR: MARIA DA SILVA			MATRÍCULA/RS-PV: 999.999/01		
NOME DA MÃE JOANA SILVA			DATA DE NASCIMENTO: 19/07/1955		
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): 14/03/1997	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): 15/03/1998	PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	CPF: 999.999.999-99		

Mês	Ano: 1997	Ano: 1998	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
JANEIRO	xx	351,42						
FEVEREIRO	xx	351,42						
MARÇO	179,82	152,26						
ABRIL	299,72	xx						
MAIO	299,72	xx						
JUNHO	299,72	xx						
JULHO	351,42	xx						
AGOSTO	351,42	xx						
SETEMBRO	351,42	xx						
OUTUBRO	367,22	xx						
NOVEMBRO	351,42	xx						
DEZEMBRO	351,42	xx						

Mês	Ano:							
	Valor							
JANEIRO								
FEVEREIRO								
MARÇO								
ABRIL								
MAIO								
JUNHO								
JULHO								
AGOSTO								
SETEMBRO								
OUTUBRO								
NOVEMBRO								
DEZEMBRO								

Local: SP CARIMBO, MATRÍCULA E ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL
Data: 10/novembro/2016

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO o presente documento e declaro que as informações nele constantes correspondem com a verdade.

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do dirigente da unidade gestora
do Regime Próprio de Previdência Social

EXERCÍCIO 2

SERVIDOR CONTRATADO CLT – CATEGORIA N - EM 22/01/1990

RESCISÃO DE CONTRATO EM 08/05/1992

ADMITIDO LEI 500/1974 – CATEGORIA F - EM 24/08/1992

DESIGNADO CHEFE DE SEÇÃO EM 08/06/1993

CESSADA A DESIGNAÇÃO EM 08/04/2004

DISPENSADO EM 08/04/2004

**REQUER O PERÍODO DE 24/08/1992 A 08/04/2004 PARA APROVEITAMENTO
NO INSS**

FREQUENCIA

1992 – FREQUENTE

1993 – 4 FALTAS INJUSTIFICADAS

1994 – FREQUENTE

1995 – FREQUENTE

1996 – FREQUENTE

1997 – FREQUENTE

1998 – FREQUENTE

1999 – FREQUENTE

2000 – 2 FALTAS JUSTIFICADAS

2001 – FREQUENTE

2002 – FREQUENTE

2003 – FREQUENTE

2004 – FREQUENTE



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE TAIPAS

ANEXO XXXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES

REFERENTE À CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO Nº _____, DE ____/____/____

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			CNPJ: 46.374.500/0001-94		
NOME DO SERVIDOR: ANTENOR SILVA			MATRÍCULA/RS-PV: 999.999/02		
NOME DA MÃE MARIA DA ASSUNÇÃO SILVA			DATA DE NASCIMENTO: 24/11/1951		
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): 24/08/1992	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): 09/04/2004	PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	CPF: 999.999.999-99		

Mês	Ano: 1994	Ano: 1995	Ano: 1996	Ano: 1997	Ano: 1998	Ano: 1999	Ano: 2000	Ano: 2001
	Valor							
JANEIRO	XX	282,13	645,22	659,03	747,86	773,82	901,65	984,56
FEVEREIRO	XX	282,13	645,22	659,03	747,86	773,82	901,65	984,56
MARÇO	XX	334,84	645,22	659,03	747,86	773,82	901,65	984,56
ABRIL	XX	334,84	649,43	659,03	747,86	773,82	912,85	1.007,76
MAIO	XX	358,84	659,03	665,43	755,86	778,62	913,65	1.007,76
JUNHO	XX	358,84	659,03	737,81	755,86	778,62	973,65	1.005,76
JULHO	252,96	358,84	659,03	737,81	773,82	778,62	973,65	1.007,76
AGOSTO	252,96	358,84	659,03	737,81	773,82	778,62	1.003,47	1.087,76
SETEMBRO	282,13	358,84	659,03	737,81	773,82	778,62	984,56	1.087,76
OUTUBRO	282,13	358,84	659,03	737,81	773,82	778,62	984,56	1.073,77
NOVEMBRO	282,13	645,22	659,03	737,81	773,82	1.024,68	984,56	1.087,76
DEZEMBRO	282,13	645,22	659,03	1.021,02	773,82	901,65	984,56	1.087,76

Mês	Ano: 2002	Ano: 2003	Ano: 2004	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
JANEIRO	1.087,76	1.124,16	1.156,16					
FEVEREIRO	1.087,76	1.124,16	1.156,16					
MARÇO	1.087,76	1.124,16	1.156,16					
ABRIL	1.103,76	1.156,16	269,78					
MAIO	1.103,76	1.156,16	XX					
JUNHO	1.103,76	1.156,16	XX					
JULHO	1.103,76	1.156,16	XX					
AGOSTO	2.123,76	1.156,16	XX					
SETEMBRO	1.124,16	1.156,16	XX					
OUTUBRO	1.124,16	1.156,16	XX					
NOVEMBRO	1.124,16	1.156,16	XX					
DEZEMBRO	1.124,16	1.156,16	XX					

Local: SP CARIMBO, MATRÍCULA E ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL
Data: 10/novembro/2016

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO o presente documento e declaro que as informações nele constantes correspondem com a verdade.

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do dirigente da unidade gestora
do Regime Próprio de Previdência Social

EXERCICIO 3

SERVIDOR NOMEADO EM COMISSÃO – CATEGORIA C

PV – 03 – ATPAS I – NOMEADO EM 21/06/1991

EXONERADO EM 15/12/1993

PV 04 – ATPAS I – NOMEADO EM 30/01/1995

EXONERADO EM 22/07/1995

PV 05 – ATPAS II – NOMEADO EM 24/07/1995

EXONERADO EM 31/12/1997

PV 06 – ATPAS II EM EXERCICIO A PARTIR DE 02/01/1998

REQUEREU O PERÍODO DE 21/06/1991 A 31/12/1998 PARA

APROVEITAMENTO NO INSS

FREQUENCIA

1991 – FREQUENTE

1992 – FREQUENTE

1993 – FREQUENTE

1994 – FREQUENTE

1995 – FREQUENTE

1996 – FREQUENTE

1997 – FREQUENTE

1998 – FREQUENTE



ANEXO XXX

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: JOÃO SANTOS FILHO		CNPJ: 46.374.500/0001-94	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR 999.999-9 /SSP/SP		SEXO: MASCULINO	MATRICULA OU RS/PV: 999.999/04
CPF: 999.999.999-99		PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	
FILIAÇÃO: Mãe: ESTER SANTOS Pai: JOÃO SANTOS	DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1945		
ENDEREÇO: RUA GOIAS, 45, VILA GUMERCINDO, SÃO PAULO - CEP 08088-160			
CARGO EFETIVO: ASSISTENTE TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AÇÕES DE SAÚDE I			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: 30/01/1995		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: 22/07/1995	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: 30/01/1995 A 21/07/1995			
FONTE DE INFORMAÇÃO: FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: 30/01/1995 A 21/07/1995 PARA APROVEITAMENTO NO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL - INSS			
PERÍODO DE: A PARA APROVEITAMENTO JUNTO NO... ...			

FREQUÊNCIA

ANO	TEMPO BRUTO	FALTAS	LICENÇAS	LICENÇA SEM VENCIMENTOS	SUSPENSÕES	DISPONIBILIDADE	OUTRAS	TEMPO LÍQUIDO
1995	173	-	-	-	-	-	-	173
TOT. BRUTO	173	-	-	-	-	-	-	TOTAL= 173

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de: **173** dias, correspondente a **5** ano(s), **5** mês(es) e **22** dia(s). CERTIFICO que a Lei Complementar nº 269, de 03/12/1981, assegura aos servidores do Estado de São Paulo aposentadorias voluntárias, por invalidez e compulsória, e pensão por morte, com aproveitamento de tempo de contribuição para o Regime Geral de Previdência Social ou para outro Regime Próprio de Previdência Social, na forma da contagem recíproca, conforme Lei Federal nº. 6.226, de 14/07/75, com alteração dada pela Lei Federal nº. 6.864, de 01/12/80.

Lavrei a Certidão que não contem emendas e nem rasuras. Local: SP Data: 10/novembro/2016 Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: 10/novembro/2016 Assinatura e carimbo	Visto do Dirigente do Órgão Setorial Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo
--	--	--

UNIDADE GESTORA DO RPPS
HOMOLOGO a presente Certidão de Tempo de Contribuição e declaro que as informações nela constantes correspondem com a verdade.
Local e data: _____

Assinatura e carimbo do Dirigente da UG
Endereço eletrônico para confirmação desta Certidão: css@saude.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GABINETE DO COORDENADOR

ANEXO XXXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES

REFERENTE À CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO Nº _____, DE ____/____/____

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		CNPJ: 46.374.500/0001-94	
NOME DO SERVIDOR: JOÃO SANTOS FILHO		MATRÍCULA/RS-PV: 999.999/04	
NOME DA MÃE ESTER SANTOS		DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1945	
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): 30/01/1995	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): 22/07/1995	PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	CPF: 999.999.999-99

Mês	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
JANEIRO	39,55							
FEVEREIRO	593,79							
MARÇO	1.308,71							
ABRIL	1.308,71							
MAIO	1.963,15							
JUNHO	1.472,35							
JULHO	1.030,47							
AGOSTO	xx							
SETEMBRO	xx							
OUTUBRO	xx							
NOVEMBRO	xx							
DEZEMBRO	xx							

Mês	Ano:							
	Valor							
JANEIRO								
FEVEREIRO								
MARÇO								
ABRIL								
MAIO								
JUNHO								
JULHO								
AGOSTO								
SETEMBRO								
OUTUBRO								
NOVEMBRO								
DEZEMBRO								

Local: SP CARIMBO, MATRÍCULA E ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL
Data: 10/novembro/2016

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO o presente documento e declaro que as informações nele constantes correspondem com a verdade.

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do dirigente da unidade gestora
do Regime Próprio de Previdência Social



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GABINETE DO COORDENADOR

ANEXO XXXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES

REFERENTE À CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO Nº _____, DE ____/____/____

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		CNPJ: 46.374.500/0001-94	
NOME DO SERVIDOR: JOÃO SANTOS FILHO		MATRÍCULA/RS-PV: 999.999/05	
NOME DA MÃE ESTER SANTOS		DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1945	
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): 24/07/1995	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): 31/12/1997	PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	CPF: 999.999.999-99

Mês	Ano: 1995	Ano: 1996	Ano: 1997	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
JANEIRO	xx	1.027,24	1.077,50					
FEVEREIRO	xx	1.027,24	1.077,50					
MARÇO	xx	1.027,24	1.077,50					
ABRIL	xx	1.036,14	1.077,50					
MAIO	xx	1.036,14	1.077,50					
JUNHO	xx	1.036,14	1.077,50					
JULHO	49,11	1.036,14	1.077,50					
AGOSTO	924,01	1.036,14	1.077,50					
SETEMBRO	924,01	1.036,14	1.077,50					
OUTUBRO	967,68	1.036,14	1.077,50					
NOVEMBRO	1.027,24	1.036,14	1.077,50					
DEZEMBRO	1.027,24	1.055,43	1.077,50					

Mês	Ano:							
	Valor							
JANEIRO								
FEVEREIRO								
MARÇO								
ABRIL								
MAIO								
JUNHO								
JULHO								
AGOSTO								
SETEMBRO								
OUTUBRO								
NOVEMBRO								
DEZEMBRO								

Local: SP CARIMBO, MATRÍCULA E ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL
Data: 10/novembro/2016

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO o presente documento e declaro que as informações nele constantes correspondem com a verdade.

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do dirigente da unidade gestora
do Regime Próprio de Previdência Social



ANEXO XXX

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: JOÃO SANTOS FILHO		CNPJ: 46.374.500/0001-94	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR 999.999-9 /SSP/SP		SEXO: MASCULINO	MATRICULA OU RS/PV: 999.999/06
CPF: 999.999.999-99		PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	
FILIAÇÃO: Mãe: ESTER SANTOS Pai: JOÃO SANTOS	DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1945		
ENDEREÇO: RUA GOIAS, 45, VILA GUMERCINDO, SÃO PAULO - CEP 08088-160			
CARGO EFETIVO: ASSISTENTE TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AÇÕES DE SAÚDE II			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: 02/01/1998		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: em exercicio	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: 02/01/1998 A 31/12/1998			
FONTE DE INFORMAÇÃO: FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: 02/01/1998 A 31/12/1998 PARA APROVEITAMENTO NO INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL - INSS			
PERÍODO DE: A PARA APROVEITAMENTO JUNTO NO... ...			

FREQUÊNCIA

ANO	TEMPO BRUTO	FALTAS	LICENÇAS	LICENÇA SEM VENCIMENTOS	SUSPENSÕES	DISPONIBILIDADE	OUTRAS	TEMPO LÍQUIDO
1998	364	-	-	-	-	-	-	364
TOT. BRUTO	364	-	-	-	-	-	-	364

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de: **364** dias, correspondente a **11** ano(s), **11** mês(es) e **30** dia(s). CERTIFICO que a Lei Complementar nº 269, de 03/12/1981, assegura aos servidores do Estado de São Paulo aposentadorias voluntárias, por invalidez e compulsória, e pensão por morte, com aproveitamento de tempo de contribuição para o Regime Geral de Previdência Social ou para outro Regime Próprio de Previdência Social, na forma da contagem recíproca, conforme Lei Federal nº. 6.226, de 14/07/75, com alteração dada pela Lei Federal nº. 6.864, de 01/12/80.

Lavrei a Certidão que não contem emendas e nem rasuras. Local: SP Data: 10/novembro/2016 Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: 10/novembro/2016 Assinatura e carimbo	Visto do Dirigente do Órgão Setorial Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo
--	--	--

UNIDADE GESTORA DO RPPS
HOMOLOGO a presente Certidão de Tempo de Contribuição e declaro que as informações nela constantes correspondem com a verdade.
Local e data: _____

Assinatura e carimbo do Dirigente da UG
Endereço eletrônico para confirmação desta Certidão: css@saude.sp.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
GABINETE DO COORDENADOR

ANEXO XXXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 INSS/PRES, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES DE CONTRIBUIÇÕES

REFERENTE À CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO Nº _____, DE ____/____/____

ORGÃO EXPEDIDOR: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		CNPJ: 46.374.500/0001-94	
NOME DO SERVIDOR: JOÃO SANTOS FILHO		MATRÍCULA/RS-PV: 999.999/06	
NOME DA MÃE ESTER SANTOS		DATA DE NASCIMENTO: 28/02/1945	
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): 02/01/1998	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): em exercicio	PIS/PASEP: 9.999.999.999-9	CPF: 999.999.999-99

Mês	Ano: 1998	Ano:						
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
JANEIRO	1.077,50							
FEVEREIRO	1.077,50							
MARÇO	1.077,50							
ABRIL	1.077,50							
MAIO	1.077,50							
JUNHO	1.077,50							
JULHO	1.077,50							
AGOSTO	1.077,50							
SETEMBRO	1.077,50							
OUTUBRO	1.077,50							
NOVEMBRO	1.077,50							
DEZEMBRO	1.077,50							

Mês	Ano:							
	Valor							
JANEIRO								
FEVEREIRO								
MARÇO								
ABRIL								
MAIO								
JUNHO								
JULHO								
AGOSTO								
SETEMBRO								
OUTUBRO								
NOVEMBRO								
DEZEMBRO								

Local: SP CARIMBO, MATRÍCULA E ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL
Data: 10/novembro/2016

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO o presente documento e declaro que as informações nele constantes correspondem com a verdade.

Local e data: _____

Carimbo e assinatura do dirigente da unidade gestora
do Regime Próprio de Previdência Social