

## **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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		Nº:
NOME DO SERVIDOR: <b>MARIA DA SILVA</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>9.999.999-9/SSP/SP</b>		SEXO: <b>FEMININO</b>
CPF: <b>999.999.999-99</b>		MATRICULA OU RS/PV: <b>999.999/01</b>
FILIAÇÃO: Mãe: <b>JOANA SILVA</b> Pai: <b>JOÃO DA SILVA</b>		PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>
ENDEREÇO: <b>RUA JORDÃO, 22, VILA EMA, SÃO PAULO - 09999-999</b>		DATA DE NASCIMENTO: <b>19/07/1955</b>
CARGO EFETIVO: <b>OFICIAL ADMINISTRATIVO</b>		
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: <b>SECRETARIA DA SAUDE</b>		
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: <b>14/03/1997</b>		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: <b>15/03/1998</b>
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: <b>14/03/1997</b> A <b>14/03/1998</b>		
FONTE DE INFORMAÇÃO: <b>FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.</b>		
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:		
PERÍODO DE: <b>14/03/1997</b> A <b>14/03/1998</b> 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
1997	293		-	-	-	-	-	293
1998	73		10	-	-	-	-	63
TOT. BRUTO	<b>366</b>	-	-	-	-	-	-	
							TOTAL=	<b>356</b>

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 contém emendas e nem rasuras. Local: _____ Data: <b>04/novembro/2016</b>  Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: <b>04/novembro/2016</b>  Assinatura e carimbo	Visto do Dirigente do Órgão Setorial DATA: <b>04/novembro/2016</b>  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](mailto: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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>			CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>		
NOME DO SERVIDOR: <b>MARIA DA SILVA</b>			MATRÍCULA/RS-PV: <b>999.999/01</b>		
NOME DA MÃE <b>JOANA SILVA</b>			DATA DE NASCIMENTO: <b>19/07/1955</b>		
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): <b>14/03/1997</b>	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): <b>15/03/1998</b>	PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	CPF: <b>999.999.999-99</b>		

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:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	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**



ANEXO XXX

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

CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

ORGÃO EXPEDIDOR: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: <b>ANTENOR SILVA</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>9.999.999-9/SSP/SP</b>		SEXO: <b>FEMININO</b>	MATRÍCULA OU RS/PV: <b>999.999/02</b>
CPF: <b>999.999.999-99</b>		PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	
FILIAÇÃO: Mãe: <b>MARIA DA ASSUNÇÃO SILVA</b> Pai: <b>JOSÉ DA SILVA</b>		DATA DE NASCIMENTO: <b>24/11/1951</b>	
ENDEREÇO: <b>RUA FRANCISCA, 45, VILA MARIA, SÃO PAULO - CEP 08045-120</b>			
CARGO EFETIVO: <b>AUXILIAR DE SERVIÇOS</b>			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: <b>SECRETARIA DA SAUDE</b>			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: <b>24/08/1992</b>		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: <b>09/04/2004</b>	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: <b>24/08/1992</b> A <b>08/04/2004</b>			
FONTE DE INFORMAÇÃO: <b>FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.</b>			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:			
PERÍODO DE: <b>24/08/1992</b> A <b>08/04/2004</b>		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	
1992	130		-	-	-	-	-	130	
1993	365	4	-	-	-	-	-	361	
1994	365		-	-	-	-	-	365	
1995	365		-	-	-	-	-	365	
1996	366		-	-	-	-	-	366	
1997	365		-	-	-	-	-	365	
1998	365		-	-	-	-	-	365	
1999	365		-	-	-	-	-	365	
2000	366	2	-	-	-	-	-	364	
2001	365		-	-	-	-	-	365	
2002	365		-	-	-	-	-	365	
2003	365		-	-	-	-	-	365	
2004	99		-	-	-	-	-	99	
TOT. BRUTO	<b>4246</b>	<b>6</b>	-	-	-	-	-	<b>4240</b>	
								TOTAL=	<b>4240</b>

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de: **11** dias, correspondente a **11** ano(s), **7** mês(es) e **13** 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.

Local: _____ Data: <b>04/novembro/2016</b> Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: <b>04/novembro/2016</b> Assinatura e carimbo	Visto do Dirigente do Órgão Setorial DATA: <b>04/novembro/2016</b> 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-ght@saude.sp.gov.br](mailto:rh-ght@saude.sp.gov.br)



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

Mês	Ano: 1994	Ano: 1995	Ano: 1996	Ano: 1997	Ano: 1998	Ano: 1999	Ano: 2000	Ano: 2001
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>999.999-9 /SSP/SP</b>		SEXO: <b>MASCULINO</b>	MATRICULA OU RS/PV: <b>999.999/03</b>
CPF: <b>999.999.999-99</b>		PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	
FILIAÇÃO: Mãe: <b>ESTER SANTOS</b> Pai: <b>JOÃO SANTOS</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>		
ENDEREÇO: <b>RUA GOIAS, 45, VILA GUMERCINDO, SÃO PAULO - CEP 08088-160</b>			
CARGO EFETIVO: <b>ASSISTENTE TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AÇÕES DE SAÚDE I</b>			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: <b>21/06/1991</b>		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: <b>15/12/1993</b>	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: <b>21/06/1991</b> A <b>14/12/1993</b>			
FONTE DE INFORMAÇÃO: <b>FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.</b>			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: <b>21/06/1991</b> A <b>14/12/1993</b> 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
1991	194	-	-	-	-	-	-	194
1992	366	-	-	-	-	-	-	366
1993	348	-	-	-	-	-	-	348
TOT. BRUTO	<b>908</b>	-	-	-	-	-	-	<b>908</b>

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de: **908** dias, correspondente a **2** ano(s), **5** mês(es) e **27** 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: <b>SP</b> Data: <b>10/novembro/2016</b>  Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: <b>10/novembro/2016</b>  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](mailto:css@saude.sp.gov.br)





ANEXO XXX

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

CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

ORGÃO EXPEDIDOR: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>999.999-9 /SSP/SP</b>		SEXO: <b>MASCULINO</b>	MATRICULA OU RS/PV: <b>999.999/04</b>
CPF: <b>999.999.999-99</b>		PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	
FILIAÇÃO: Mãe: <b>ESTER SANTOS</b> Pai: <b>JOÃO SANTOS</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>		
ENDEREÇO: <b>RUA GOIAS, 45, VILA GUMERCINDO, SÃO PAULO - CEP 08088-160</b>			
CARGO EFETIVO: <b>ASSISTENTE TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AÇÕES DE SAÚDE I</b>			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: <b>30/01/1995</b>		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: <b>22/07/1995</b>	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: <b>30/01/1995</b> A <b>21/07/1995</b>			
FONTE DE INFORMAÇÃO: <b>FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.</b>			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: <b>30/01/1995</b> A <b>21/07/1995</b> 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: <b>SP</b> Data: <b>10/novembro/2016</b>  Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: <b>10/novembro/2016</b>  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](mailto: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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>		MATRÍCULA/RS-PV: <b>999.999/04</b>	
NOME DA MÃE <b>ESTER SANTOS</b>		DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>	
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): <b>30/01/1995</b>	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): <b>22/07/1995</b>	PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	CPF: <b>999.999.999-99</b>

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:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>			Nº:		
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>			CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>		
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>999.999-9 /SSP/SP</b>		CPF: <b>999.999.999-99</b>	SEXO: <b>MASCULINO</b>		MATRICULA OU RS/PV: <b>999.999/05</b>
FILIAÇÃO: Mãe: <b>ESTER SANTOS</b> Pai: <b>JOÃO SANTOS</b>		PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>			
ENDEREÇO: <b>RUA GOIAS, 45, VILA GUMERCINDO, SÃO PAULO - CEP 08088-160</b>			DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>		
CARGO EFETIVO: <b>ASSISTENTE TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AÇÕES DE SAÚDE II</b>					
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>					
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: <b>24/07/1995</b>			DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: <b>31/12/1997</b>		
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: <b>24/07/1995</b> A <b>30/12/1997</b>					
FONTE DE INFORMAÇÃO: <b>FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.</b>					
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: <b>24/07/1995</b> A <b>30/12/1997</b> 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	161	-	-	-	-	-	-	161
1996	366	-	-	-	-	-	-	366
1997	364	-	-	-	-	-	-	364
TOT. BRUTO	<b>891</b>	-	-	-	-	-	-	<b>891</b>
							TOTAL=	<b>891</b>

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de: **891** dias, correspondente a **2** ano(s), **5** mês(es) e **10** 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	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: 10/novembro/2016	Visto do Dirigente do Órgão Setorial Data: ____/____/____
Data: 10/novembro/2016		
Assinatura e carimbo do servidor	Assinatura e carimbo	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](mailto: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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>		MATRÍCULA/RS-PV: <b>999.999/05</b>	
NOME DA MÃE <b>ESTER SANTOS</b>		DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>	
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): <b>24/07/1995</b>	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): <b>31/12/1997</b>	PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	CPF: <b>999.999.999-99</b>

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:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		Nº:	
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR <b>999.999-9 /SSP/SP</b>		SEXO: <b>MASCULINO</b>	MATRICULA OU RS/PV: <b>999.999/06</b>
CPF: <b>999.999.999-99</b>		PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	
FILIAÇÃO: Mãe: <b>ESTER SANTOS</b> Pai: <b>JOÃO SANTOS</b>	DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>		
ENDEREÇO: <b>RUA GOIAS, 45, VILA GUMERCINDO, SÃO PAULO - CEP 08088-160</b>			
CARGO EFETIVO: <b>ASSISTENTE TÉCNICO DE PLANEJAMENTO E AÇÕES DE SAÚDE II</b>			
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>			
DATA DE NOMEAÇÃO/ADMISSÃO: <b>02/01/1998</b>		DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA: <b>em exercicio</b>	
PERÍODO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO DE: <b>02/01/1998</b> A <b>31/12/1998</b>			
FONTE DE INFORMAÇÃO: <b>FICHA FUNCIONAL E APONTAMENTOS DE FREQUÊNCIA DE POSSE DA UNIDADE.</b>			
DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO: PERÍODO DE: <b>02/01/1998</b> A <b>31/12/1998</b> 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	<b>364</b>	-	-	-	-	-	-	<b>364</b>

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: <b>SP</b> Data: <b>10/novembro/2016</b>  Assinatura e carimbo do servidor	Visto do Dirigente do Órgão Subsetorial Data: <b>10/novembro/2016</b>  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](mailto: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: <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>		CNPJ: <b>46.374.500/0001-94</b>	
NOME DO SERVIDOR: <b>JOÃO SANTOS FILHO</b>		MATRÍCULA/RS-PV: <b>999.999/06</b>	
NOME DA MÃE <b>ESTER SANTOS</b>		DATA DE NASCIMENTO: <b>28/02/1945</b>	
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): <b>02/01/1998</b>	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): <b>em exercicio</b>	PIS/PASEP: <b>9.999.999.999-9</b>	CPF: <b>999.999.999-99</b>

Mês	Ano: 1998	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	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:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	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