



SÃO PAULO

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde
Coordenadoria de Recursos Humanos
Grupo de Gestão de Pessoas
Núcleo de Consolidação de Tempo de Serviço

4º ENCONTRO ANUAL DE GESTÃO DE PESSOAS

BEM-VINDOS

OFICINA TEMÁTICA

A tecnologia nos processos de aposentação, o direito individual e a atuação institucional.

Orientadoras: Carolina e Neide

Queremos saber, quem são vocês?

A Oficina, **A tecnologia nos processos de aposentação, o direito individual e a atuação institucional**, foi planejada com o objetivo de preparar os servidores dos subsetoriais de Recursos Humanos a lidar com as **situações mais desafiadoras** dos **processos de Abono de Permanência e Homologação** e sua transformação em **processos digitais**, levando a **conscientização das responsabilidades** dos membros do setor de RH para uma construção conjunta destes processos.



Como faremos isso



A metodologia que usaremos hoje foge do ensino tradicional, pois trabalharemos com a **problematização da realidade** e a busca de **soluções para os problemas detectados**, buscando o desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico do servidor que atua no RH.



O quê



1. Vocês formarão 5 grupos;
2. Se misturem;
3. Cada grupo receberá um envelope, envelope este que será sorteado por um representante do grupo;
4. Discutirão sobre o conteúdo do envelope;
5. Apresentarão a solução.



Que raio de envelope é este



Nos preparamos para vocês 5 envelopes, e em cada um deles contêm documentos fictícios que contam uma historia, uma historia de um servidor ou ex-servidor. Vocês terão que descobrir qual historia é esta, qual problema existe ali e solucioná-lo.



metodologia que usaremos hoje foge do ensino tradicional, pois trabalharemos sobre a **problematização da realidade** e a busca de **soluções para os problemas detectados**, buscando o desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico do servidor que atua no RH.



Vamos ao sorteio dos envelopes!!!

A partir de agora vocês terão até 50 minutos para entender o problema, discutir sobre, encontrar a solução e preparar pequena apresentação.





Vamos às apresentações!

Ah!... os demais grupos podem participar também, com perguntas e percepções!

APOSENTADORIA - PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS



Modelos de Certidões em Excel

Certidão modelo único (101)

Certidão para Aposentadoria Especial;

Certidão de Tempo Especial Convertido (ordem judicial)

Certidão para Homologação de Tempo de Ex-servidor



Ferramenta SIGEPREV (SPPREV)

Validação do Tempo de Contribuição – VTC

Fluxo Aposentadoria Novo

Planilha de preenchimento do verso da CTC (SPPREV)

Calculadora de Tempo Líquido Trabalhado para Certidão de Tempo de Contribuição
(CTC)

Como lidar com estas plataformas tecnológicas e com os processos de aposentação digitais?

1

- Antes de tudo lide de forma saudável, não tenha medo, todas as plataformas tecnológicas tem o objetivo de simplificar, facilitar e dinamizar os processos de trabalho.

2

- Conheça as legislações, normas, instruções e etc. sobre aposentadoria e sobre a contagem de tempo. Conhecer bem todas as normatizações é fundamental para entender como, por exemplo, a ferramenta Sigeprev é parametrizada.

3

- Faça dos manuais da VTC e do Sigeprev, instrumentos de consulta permanente;
- Use e abuse das apostilas de treinamento anteriores.

4

- Faça dos canais de comunicação a sua melhor arma para sanar dúvidas que os manuais e apostilas não resolveram.
- Tenha o [Ofício DBS nº 104/2018 da SPPREV](#) sempre a mão.

FIÇA & DICA!

- ✓ Quando houver inclusão de tempo de outra Secretaria ou outro RPPS, não esquecer que se houver faltas que descontem do tempo de contribuição, o lançamento destes dias devem ser feitos na Ferramenta Sigeprev;
- ✓ Quando houver averbação de tempo de outro Regime de Previdência, atentar-se ao “Emissor” que deve ser lançado no Histórico de Tempo RPPS/INSS, se CTC do INSS, sempre será emissor RGPS, independente de tempo público ou não;
- ✓ Caso haja tempo público na CTC do INSS, lembre de sempre marcar a opção “sim” no campo que pergunta se “período correspondente a tempo de efetivo serviço público”.

FIÇA & DICA!

- ✓ Conforme Portaria do Diretor de Benefícios nº 13.510/2019, da SPPREV, as CTC do INSS que foram assinadas eletronicamente deverão estar acompanhadas das respectivas validações impressas. Atentar para o prazo do código de autenticidade que é de 30 dias.
- ✓ Com o intuito de orientar os RH's quanto ao adequado preenchimento dos modelos de CTC para Homologação de tempo para Ex-Servidor e a “Planilha de preenchimento do verso da CTC” da SPPREV, o NCTS editou vídeos didáticos com o passo a passo dos respectivos preenchimentos disponíveis no site da CRH, na área do NCTS;



SÃO PAULO
GOVERNO DO ESTADO

Obrigado!

Elaborado por Área Técnica do Núcleo de Consolidação de
Tempo de Serviço/GGP

EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 01

EXERCÍCIO DE ABONO DE PERMANÊNCIA

Determinar a vigência do Abono de Permanência para o preenchimento do Anexo II.

Situação:

- Florentina de Jesus, RG. 1.000.111-1, Nascimento 02/12/1958;
- Admitida como Oficial Administrativo em 31/07/1994 – DOE 29/06/1994;
- Trouxe CTC do INSS com o período de 10/01/1985 a 30/06/1994 com 3459 dias;
- Requereu o abono de Permanência em 24/07/2019;
- Foi publicada a concessão em 09/08/2019.

ANEXO I
A que se refere a Instrução UCRH n.º 002, de 29 de outubro de 2004

Ilustríssimo(a) Senhor(a) DIRETOR DE RH

MD Dirigente do NUCLEO DE CONSOLIDAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

FLORENTINA DE JESUS, RG 1.000.111-0,

OFICIAL ADMINISTRATIVO, TEMPORARIO,

do SQF classificado(a) nesta SECRETARIA DA SAÚDE,

tendo em vista já ter cumprido todos os requisitos para a aposentadoria com proventos

INTEGRALIS, optando em permanecer em atividade, requer à Vossa Senhoria, seja

providenciada a concessão do abono de permanência, instituído pela Emenda Constitucional n.º 41, de 19, publicada no D.O.U., de 31 de dezembro de 2003.

SÃO PAULO, 24/07/2019

FLORENTINA

VISTO.

M

** DOCUMENTO FICTÍCIO

6	7	8	8				9	10	11			OCCORRÊNCIA/OBSERVAÇÕES
			AFASTAMENTOS		TEMPO LÍQUIDO ACUMULADO PARA EFEITO DE				11			
ANOS	TEMPO BRUTO	FALTAS	LICENÇAS	INCLUSÃO	CARRERA	NÍVEL	CARGO EM QUE SE APOSENTA	EFEITO DE CARGO QUE SE APOSENTA	TEMPO EFETIVO EXERCÍCIO NO SERVIÇO PÚBLICO	APOSENTADORIA		
	MÉD.	JUST.	INUL.	SAÚDE	FAM.	ART. 202	OUTROS	INCLUSÃO				
2009	365									5633	9092	
2010	365									5998	9457	
2011	365									6363	9822	
2012	366									6729	10188	
2013	365									7094	10553	
2014	365									7459	10918	
2015	365									7824	11283	
2016	366									8190	11649	
2017	365									8555	12014	
2018	365									8920	12379	
2019	205									9125	12584	
TOTAL	9125	0	0	0	0	0	0	3459		9125	9125	12584

VALIDAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO DESTINADA EXCLUSIVAMENTE À SPPEV

Certifico à vista da Validação de Tempo de Contribuição e demais documentos constantes do Processo de Aposentadoria SPPEV em nome de RG Nº que no período 10/01/1985 a 24/07/2019 totaliza um tempo de 12584 dias, ou seja, 34 ano(s), 5 mês(es) e 24 dia(s) para fins de Aposentadoria com fundamentação dada pelo(s):

- Art. 40, § 1º, III, "a" da CF/88 alt. p/ EC's nº 20/98 e 41/03, c/c Lei 500/74
 - Art. 40, § 1º, III, "b" da CF/88 alt. p/ ECs nº 20/98 e nº 41/03, c/c Lei 500/74
 - Artigo 3º, I, II, III, § único da EC 47/05, c/c Lei 500/74
 - Art. 6º, I, II, III, IV da EC 41/03, alt. p/ EC 47/05, c/c Lei 500/74
 - Art. 2º, I, II, III, "a" e "b", § 1º, II da EC nº 41/03, c/c Lei 500/74
- Idade:** 60 ano(s)
Tempo de Contribuição: 34 ano(s), 5 mês(es) e 24 dia(s)
Tempo de Carreira:
Cargo em que se aposenta: 25 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)
Tempo Efetivo Exercício de Cargo que se aposenta: 25 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)
Tempo Efetivo Exercício de Serviço Público: 25 ano(s), 0 mês(es) e 0 dia(s)

LAVREIA VALIDAÇÃO QUE NÃO CONTÉM EMENDAS

LOCAL:

EM: 24/07/2019

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO DO DIRIGENTE

As informações funcionais do servidor são de total responsabilidade do setor de Recursos Humanos do Órgão de Origem.

Ratificada a VCT nº 0000000012019 para fins de ABONO DE PERMANÊNCIA.

Publicado em D.O.E. em 09/08/19

ANEXO II

A que se refere a Instrução UCRH nº 002, de 29 de outubro de 2004



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
NÚCLEO DE CONCOLIDAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO

FORMULÁRIO PARA O ABONO DE PERMANÊNCIA, INSTITUÍDO PELA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 41, DE 19, PUBLICADA EM 31 DE DEZEMBRO DE 2003

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR	
REGISTRO GERAL 1.000.111-0	NOME FLORENTINA DE JESUS
RS/PV/EX	CARGO/FUNÇÃO ATIVIDADE OFICIAL ADMINSITRATIVO
FAIXA-NÍVEL/REF-GRAU/PADRÃO 1A	CATEGORIA TEMPORÁRIO
U.A.: 1234	DENOMINAÇÃO NÚCLEO DE CONCOLIDAÇÃO DE TEMPO DE SERVIÇO
U.C.D.:	MUNICÍPIO SÃO PAULO

DADOS PARA IMPLANTAÇÃO DO ABONO DE PERMANÊNCIA

CERTIDÃO Nº 00000000/2019

nos termos do Decreto nº 56.386, de 09/11/2010 e Comunicado UCRH nº 007/2011.

EM **COMPLETOU AS EXIGÊNCIAS PARA APOSENTADORIA VOLUTÁRIA, NOS TERMOS DO FAZENDO JUS AO ABONO DE PERMANÊNCIA DE QUE TRATA O § 5º do artigo 2º da Emenda Constitucional nº 41, de 19, publicada no D.O.U. de 31/ de dezembro de 2003.**

CONCESSÃO DO ABONO DE PERMANÊNCIA A PARTIR DE:

LOCAL:

DATA: 20/08/2019

PREENCHIDO POR:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

UNIDADE CENTRAL DE RECURSOS HUMANOS - UCRH

* § 19 do Artigo 40 da Constituição Federal/88, modificada pela Emenda Constitucional nº 41, de 19, publicada no D.O.U. de 31 de dezembro de 2003

** § 5º do Artigo 2º da Emenda Constitucional nº 41, de 19, publicada no D.O.U. de 31 de dezembro de 2003.

*** § 1º do Artigo 3º da Emenda Constitucional nº 41, de 19, publicada no D.O.U. de 31 de dezembro de 2003.

** DOCUMENTO FICTÍCIO

RESOLUÇÃO EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 01

Para a solução deste exercício o grupo devia usar das habilidades, já desenvolvidas em treinamentos anteriores, da contagem de tempo, ou seja, determinar as datas de preenchimentos dos requisitos das regras de aposentadoria fazendo o cálculo manualmente, com a ajuda apenas de calculadora e tabelas início e término.

O intuito deste exercício, além de praticar as habilidades de contagem, foi de alertar quanto a submissão à máquina, uma vez que o modelo de certidão para fins de abono de permanência, anteriormente utilizados, já possuíam a parametrização para o cálculo automático das datas de preenchimentos dos requisitos e agora com o uso da Validação do Tempo de Contribuição-VTC emitida pela Ferramenta Sigeprev (SPPREV) para a ratificação da concessão do referido benefício pecuniário sua respectiva vigência deve ser calculada pela Unidade de RH para o devido preenchimento do Anexo II da Instrução UCRH nº 002/2004, anexo este enviado ao órgão pagador a fim de implantar a referida concessão no pagamento do servidor.

Abaixo segue as datas de preenchimentos dos requisitos do exercício:

- 05 anos no cargo: 29/07/1999;
- 10 anos de serviço público: 27/07/2004;
- 20 anos de serviço público: 25/07/2014;
- 25 anos de serviço público: 24/07/2019;
- 30 anos de contribuição: 01/02/2015;
- 55 anos de idade: 02/12/2013;
- 60 anos de idade: 02/12/2018;
- Pedágio de 20% (artigo 2º, da EC nº 41/03): 25/04/2018.

Resumidamente, considerando as datas dos requisitos, a vigência do abono de permanência da funcionária Florentina de Jesus se dará em 01/02/2015, pois nesta data ela preencheu todos os requisitos das regras de aposentadoria previstas nos artigo 40, § 1º, III, alínea "a" da CF/88 e no artigo 6º da EC nº 41/03.

EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 02

EXERCÍCIO DE ABONO DE PERMANENCIA E HOMOLOGAÇÃO

Considerando as documentações da servidora e a situação abaixo, caso qual o procedimento a ser adotado?

Situação:

- Sandra Rosa Madalena, R.G. 00.000.000-0, CPF 123456789-00, R.S/PV 00000-01.
- Nomeado nos termos do artigo 20, inciso II da LC. 180/78, para exercer o cargo de Enfermeiro. Posse e exercício em 03/05/80, D.O.E. 24/04.
- Nomeado nos termos do artigo 20, inciso II, para exercer o cargo de Enfermeiro,. Posse e exercício em 08/09/1988, D.O.E. 18/08.
- Exonerado a partir de 09/09/1997, DOE 10/09/1997, referente à nomeação publicada no D.O.E. DE 24/04/80 do cargo de Enfermeiro.
- Servidora requereu em sua Unidade uma Certidão no período de 03/05/80 a 08/09/97, para utilizar junto a Prefeitura Municipal de São Paulo, qual o procedimento a ser adotado.
- A Servidora utilizou junto a Prefeitura Municipal de São Paulo o período de 03/05/80 a 25/04/95, o restante trouxe de volta para utilizar junto Secretaria de Estado da Saúde.



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Unidade de Despesa HOSPITAL SAÚDE

DSD 01	SD 145
Título NOMEAÇÃO	
Data da publicação do Ato	
D.O.E. 24/04/1980	RETIFICAÇÃO

O(A) DIRETOR (A) DO HOSPITAL SAÚDE no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME SANDRA ROSA MADALENA				RG 00.000.000	DIG 0	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 01/01/2010
CPF 123456789	DIG 0	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 02/01/1960	ESTADO CIVIL		NATURAL DE	UF
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL	NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO				
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	DATA DE EMISSÃO				

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE SUPERIOR COMPLETO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
-----------------------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) ENFERMEIRO	FAIXA/REF./PADRÃO 1	NÍVEL/GRAU A	SUBQUADRO SQC	JORNADA 30HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011			DISCIPLINA (Magistério)	
Código	Denominação			
NATUREZA EFETIVO	FORMA DE PROVIMENTO NOMEAÇÃO	REGIME JURÍDICO ESTATUTARIO	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 00000	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO HOSPITAL SAUDE		MUNICIPIO SÃO PAULO	
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE	DIG	

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
------------------------	--------	------------------	----------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS 1111111110	FILIAÇÃO PAI → MÃE →	ANO PRIMEIRO EMPREGO
--------------------------	----------------------------	----------------------

DADOS PARA O PROVIMENTO

SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO ARTIGO 20, INCISO II DA LC 180/78
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

2º VIA	EMISSÃO EM	ASSINATURA / CARIMBO
--------	------------	----------------------

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE DATA 03/05/1980 UNIDADE H.S.	EXERCÍCIO DATA 03/05/1980 UNIDADE H.S.	AVERBAÇÃO DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO

CIT. 03/05/1980



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
Unidade de Despesa HOSPITAL SAÚDE

DSD 00	SD 111	
Título NOMEAÇÃO		
Data da publicação do Ato D.O.E. 18/08/1988		RETIFICAÇÃO

O(A) DIRETOR (A) DO HOSPITAL SAÚDE no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME SANDRA ROSA MADALENA				RG 00.000.000	DIG 0	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 01/01/2010	
CPF 123456789	DIG 0	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 02/01/1960	ESTADO CIVIL		NATURAL DE		UF
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO		ANO CHEGADA AO BRASIL	NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO				
TÍTULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		DATA DE EMISSÃO			

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE SUPERIOR COMPLETO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
-----------------------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) ENFERMEIRO	FAIXA/REF./PADRÃO 1	NÍVEL/GRAU A	SUBQUADRO SQC	JORNADA 30HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011		DISCIPLINA (Magistério)		
Código	Denominação			
NATUREZA EFETIVO	FORMA DE PROVIMENTO NOMEAÇÃO	REGIME JURÍDICO ESTATUTARIO	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 00000	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO HOSPITAL SAUDE		MUNICIPIO SÃO PAULO	
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE	DIG	

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE ENFERMEIRO	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº 1111988	PUB. DOE 25/08/1988
--------------------------------------	--------	-----------------------------	------------------------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS 1111111110	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
PAI →		
MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO ARTIGO 20, INCISO II DA LC 180/78
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 2º VIA				EMISSÃO EM	
				ASSINATURA / CARIMBO	

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE		EXERCÍCIO		AVERBAÇÃO
DATA 08/09/1988	UNIDADE H.S.	DATA 08/09/1988	UNIDADE H.S.	DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO

** DOCUMENTO FICTÍCIO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

TITULO DE EXONERAÇÃO

O Diretor do Recursos Humanos, do Hospital Saúde, da Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o Inciso II, artigo 37, do Decreto nº 52.833/08, expede o presente Título, para declarar que por Portaria de 09 , publicada em 10/09/1997, que **SANDRA ROSA MADALENA**, RG. 00.000.000-0 foi EXONERADA a pedido e a partir de 09/09/1997, nos termos Lei nº 180/78, do cargo de enfermeiro , do referido Hospital.

São Paulo, 22 de julho de 2019.

Assinatura do Diretor
Diretor de RH

2º VIA

** DOCUMENTO FICTÍCIO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
HOSPITAL SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

REQUERIMENO

Eu, Sandra Rosa Madalena, RG. 00.000.000-0, solicitou que seja emitida certidão de tempo de serviço do período de 03/05/1980 a 08/09/1997 para averbação junto a Prefeitura do Município de São Paulo.

São Paulo, 31 de março de 1997.

Sandra Rosa Madalena

** DOCUMENTO FICTÍCIO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL
NÚCLEO DE RECURSOS HUMANOS
Av. Xxxxx, 000 – São Paulo/SP

CERTIDÃO FUNCIONAL Nº 01010101

São Paulo, 25 de novembro de 2018.

CERTIFICO, em cumprimento ao despacho Sra. Diretora, proferido no Processo nº 0101-2018/0000-0 no qual a Sra. Sandra Rosa Madalena, RG. 00.000.000-00, CPF 123456789-00, aposentada conforme publicação em 02/09/2018, solicita Certidão funcional, na qual conste o tempo extramunicipal averbado nesta municipalidade e que não foi utilizado, para fins de apresentação na SES. Que, à vista das informações constantes no prontuário nº 999.999.9, a requerente solicitou e obteve averbado o período de 03/05/1980 a 25/04/1995 através da Certidão nº 111/1998 da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para fins de aposentadoria, disponibilidade, adicionais por tempo de serviço e sexta parte; o período de 26/04/1995 a 08/09/1997 não foram considerados em razão de concomitância com esta municipalidade; a requerente solicitou a desaverbarão do tempo de serviço em concomitância com esta municipalidade para aproveitamento junto ao Governo do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde. E, para constar, eu, extraí e conferi a presente certidão que segue.

Documento assinado eletronicamente em 25/11/2018.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site da prefeitura.

RESOLUÇÃO EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 02

Para a solução deste exercício o grupo deveria usar os conhecimentos dos procedimentos para Expedição e Homologação de Certidão de Tempo de Contribuição e junto com orientação traçada pela São Paulo Previdência regularizar a situação, trazendo em foco a construção conjunta dos processos de trabalho entre os diversos agentes e suas responsabilidades.

Ao analisar os documentos percebe-se que conforme certificado pela Prefeitura fora averbado junto aquela municipalidade o período de 03/05/80 a 25/04/95, entretanto, o período de 26/04/1995 a 08/09/1997 deixou de ser aproveitado diante da concomitância com o referido município, assim na certidão funcional da Prefeitura este período não utilizado é devolvido para RPPS Paulista.

Vale destacar que a averbação de períodos excluídos para outros regimes previdência, mesmo quando servidor ativo em outro vínculo junto ao Estado era permitida antes da edição da Portaria MPS nº 154/2008, assim, a emissão da Certidão nº 111/1998 em 10/04/1998 tem legalidade.

O procedimento orientado pela Supervisão de Homologação de Tempo para Ex-Servidor da SPPREV para situações análogas a esta é:

- 1- Para a regularização será necessário a homologação de CTC com dois períodos, aquele utilizado pela prefeitura e não aproveitado. A unidade de RH abrirá processo de Homologação, nos termos da Portaria SPPREV nº 102/2014, onde devem ser expedidas duas certidões:
 - a. Com o período de 03/05/80 a 25/04/95, com destinação a Prefeitura do Município de São Paulo;
 - b. Com o período de 26/04/1995 a 08/09/1997, com destinação a Secretaria de Estado da Saúde;
- 2- A SPPREV procederá com a homologação das duas CTC's;
- 3- A via homologada com destinação a referida Prefeitura poderá ser entregue à servidora para encaminhamento ao respectivo órgão com a ressalva da sua homologação para fins de regularização;
- 4- Cópia das duas CTC's devem compor o PUCT e Processo de Aposentadoria da servidora;

Após a regularização desta situação a Unidade de RH pode dar andamento nos pedidos de abono de permanência e aposentadoria.

EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 03

EXERCÍCIO DE HOMOLOGAÇÃO

Considerando as documentações da ex-servidora e a situação abaixo, caso qual o procedimento a ser adotado?

Situação:

- Anna Julia Los Hermanos, R.G. 11.111.111-1, CPF 987654321-00, RS/PV 0000000-02, Filiação: La Hermana e Lo Hermano.
- Admitida nos termos do artigo 35, inciso I da Lei 500/74, para exercer a função de Médico, com exercício em 05/06/88.
- Dispensado nos termos do artigo 35, inciso I da Lei 500/74, a partir de 20/05/2005, DO.E. 25/05/2005.
- Requereu em sua antiga coordenadoria, uma Certidão de Contagem de Tempo de Serviço para apresentar junto ao INSS.
- Passado 3 meses do recebimento da CTC Homologada, a mesma servidora, apresentou a certidão requerida no seu referido RH, solicitando o desmembramento do período da Certidão de 05/06/1988 a 30/05/2000, para apresentar junto ao INSS e 31/05/2000 a 19/05/2005 para apresentar junto a Prefeitura Municipal de São Paulo;



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
Unidade de Despesa DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DSD 01	SD 000
Título ADMISSÃO	
Data da publicação do Ato D.O.E. 10/04/1988	
RETIFICAÇÃO	

O(A) DIRETOR (A) DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME ANNA JULIA LOS HERMANOS				RG 11.111.111	DIG 1	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 18/05/2010
CPF 987654321	DIG 0	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 30/03/1959	ESTADO CIVIL		NATURAL DE	UF SP
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL	NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO				
TÍTULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		DATA DE EMISSÃO		

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

RUA ZZZZ ZZZZ, 00	
ESCOLARIDADE SUPERIOR COMPLETO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) MÉDICO	FAIXA/REF./PADRÃO 1	NÍVEL/GRAU A	SUBQUADRO SQF	JORNADA 30 HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011		DISCIPLINA (Magistério)		
Código	Denominação			
NATUREZA	FORMA DE PROVIMENTO	REGIME JURÍDICO	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
FUNÇÃO-ATIVIDADE	ADMISSÃO	LEI 500/74		
CÓDIGO DA U.A.	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO	MUNICÍPIO		
1111	DEPARTAMENTO DE SAÚDE	SÃO PAULO		
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE	DIG	

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
		S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS 2222222220	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
PAI →		
MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO ARTIGO 35, I DA LEI 500/74
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE

2º VIA	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	EMIÇÃO EM

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE		EXERCÍCIO	AVERBAÇÃO
DATA	DATA 05/06/1988	DATA	DATA
UNIDADE	UNIDADE D.S	S. D.	S. D.
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO

** DOCUMENTO FICTÍCIO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAUDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

TITULO DE DISPENSA

O Diretor do Recursos Humanos, do Departamento de Saúde, da Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o Inciso II, artigo 37, do Decreto nº 52.833/08, expede o presente Título, para declarar que por Portaria de 24 , publicada em 25/05/2005, que ANNA JULIA LOS HERMANOS, RG. 11.111.111-1, foi Dispensada a pedido e a partir de 20/05/2005, nos termos do artigo 35, Inciso I da Lei 500, de 13.11.1974, da função-atividade de Médico, do referido Departamento.

São Paulo, 23 de julho de 2019.

Assinatura de Diretor
Diretor de RH

2º VIA

** DOCUMENTO FICTÍCIO

ANOS	FALTAS			AFASTAMENTOS			PRISÃO			TEMPO LÍQUIDO ACUMULADO PARA EFEITO DE			
	TEMPO BRUTO	FALTA MÉDICA	JUST. INJ.	CONCORRER ELEIÇÕES	LICENÇAS SAUDE	FAM.	ART.	AFAST. PREL. VENC.	PENA SUSP.	9	10	11	18
TRANSP.	6.193	3	3		15	18	202			6.154	6.154	6.172	6.176
TOTAL	6.193	3	3		15	18				6.154	6.154	6.172	6.176

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____ ASSINATURA DO DIRIGENTE _____

CERTIFICADO com fundamento nos dados constantes deste documento que o(a) interessado(a) ANNA JULIA LOS HERMANOS conta com o TEMPO LÍQUIDO para fins de:

Adic. Tempo de Serv.	11.111.111-1	no período de	05/06/1988	a	19/05/2005	anos	10	meses	10	dias
Sexta-Parte	6.154					16	10		10	
Ef. Exerc. na Carreira	6.154					16	10		10	
Ef. Exercício no Nível										
Ef. Exercício no Cargo										
Ef. Exerc.Serv. Público	6.172					16	10		28	
Aposentadoria	6.176					16	11		2	
Tempo Necessário para Aposentadoria										
Tempo apurado até 16/12/1998							6		14	
Idade em 16/12/1998							9		15	
Tempo apurado até 31/12/2003							6		15	
Idade em 31/12/2003							9		15	
Idade do servidor no encerramento da cont.						16.863	2		4	

EM NOME DE: ANNA JULIA LOS HERMANOS RG, Nº 11.111.111-1
 que no período de: 05/06/1988 a 19/05/2005 para fins de APOSENTADORIA dias, ou seja 16 anos
 11 meses e 2 dias totalizando um tempo de: 6.176 dias, ou seja 16 anos

VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO LOCAL: 10/jan/2019 EM: 10/jan/2019
 LAVREJA CERTIDÃO QUE NÃO CONTEM EMENDAS E NEM APASURAS.
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL _____ ASSINATURA DO DIRIGENTE _____
 CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA RATIFICAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO

SENHOR DIRIGENTE REGIONAL			
Eu, ANNA JULIA LOS HERMANOS (NOME DO REQUERENTE)			
RG 11.111.111-1	CPF 987654321-00	PIS/PASEP 111 000 000-0	DATA DE NASCIMENTO 30/03/1959
ENDEREÇO RUA ZZZZ ZZZZ		Nº 00	COMPL.
BAIRRO ÚLTIMO	CIDADE SÃO PAULO	UF SP	CEP 00 000-000
TEL RES 11- 0000 -0000	TEL CEL 11- 91111 1111	E-MAIL annajulia@com.br	
<input checked="" type="checkbox"/> 1ª SOLICITAÇÃO			
requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao: <u>INSS</u> (ÓRGÃO DESTINATÁRIO) compreendendo o período de: <u>05/06/1988 a 19/05/2005</u>			
<input type="checkbox"/> REVISAO	<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO	
MOTIVO			

SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL	
É servidor público estadual atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Lotado em qual órgão? _____
Desde qual data? ___/___/___	Contribui para o INSS? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
É aposentado atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Qual o órgão previdenciário? _____
Data da concessão ___/___/___	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Já acumulou cargos públicos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
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

SÃO PAULO

03/01/2019

eh anna julia

*** DOCUMENTO FICTÍCIO ***

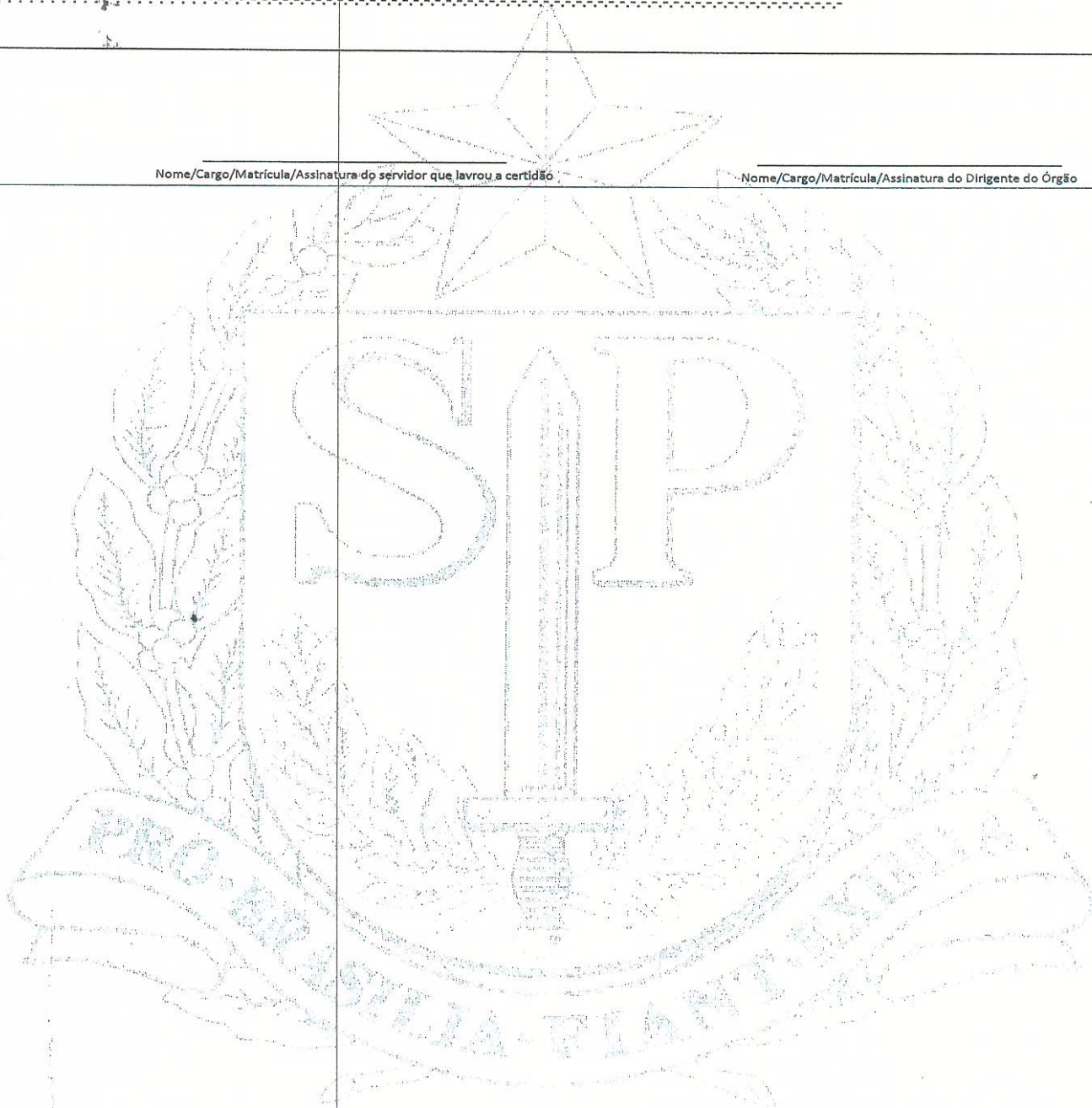
FREQUÊNCIA - DISCRIMINAÇÃO DAS DEDUÇÕES DO TEMPO BRUTO				
ANO	Período ou dia(s)	Tempo em dias	Identificação da ocorrência	Total / Ano
1989	20/08	1	FALTA	1
1990	29/06	1	FALTA	1
2002	DE 02/09 A 16/09	15	LICENÇA	15

Total: 17

OBSERVAÇÕES: Sem tempo especial incluído no período desta certidão (Art. 5º § Único).

Nome/Cargo/Matrícula/Assinatura do servidor que lavrou a certidão _____

Nome/Cargo/Matrícula/Assinatura do Dirigente do Órgão _____





GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE

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: ANNA JULIA LOS HERMANOS			MATRÍCULA/RS-PV:		
NOME DA MÃE LA HERMANA			DATA DE NASCIMENTO: 30/03/1959		
DATA DE INÍCIO DO EXERCÍCIO NOMEAÇÃO/ADMISSÃO (CONTRIBUIÇÃO): 05/06/1988	DATA DE EXONERAÇÃO/DISPENSA (VIGÊNCIA): 20/05/2005	PIS/PASEP: 2222222220	CPF: 987654321-00		

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	XXX	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
FEVEREIRO	XXX	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
MARÇO	XXX	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
ABRIL	XXX	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
MAIO	XXX	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
JUNHO	XXX	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
JULHO	1.000,00	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
AGOSTO	1.000,00	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
SETEMBRO	1.000,00	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
OUTUBRO	1.000,00	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
NOVEMBRO	1.000,00	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00
DEZEMBRO	1.000,00	1.100,00	1.300,00	1.500,00	1.700,00	1.950,00	2.100,00	2.300,00

Mês	Ano: 2002	Ano: 2003	Ano: 2004	Ano: 2005	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
JANEIRO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	2.950,00				
FEVEREIRO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	2.950,00				
MARÇO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	2.950,00				
ABRIL	2.450,00	2.600,00	2.800,00	2.950,00				
MAIO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	1.868,00				
JUNHO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				
JULHO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				
AGOSTO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				
SETEMBRO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				
OUTUBRO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				
NOVEMBRO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				
DEZEMBRO	2.450,00	2.600,00	2.800,00	XXX				

Local: _____ CARIMBO, MATRÍCULA E ASSINATURA DO SERVIDOR RESPONSÁVEL

Data: 10/janeiro/2019

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 ur
do Regime Próprio de Previdência Social

*** DOCUMENTO FICTÍCIO ***



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

RECIBO

Eu, ANNA JULIA LOS HERMANOS

R.G. nº: 11.111.111-1

recebi da unidade acima identificada Certidão de Tempo de Contribuição, a que se refere a certificação do período devidamente homologada pelo SP-PREV.

de: a

Local:
Data: 10/04/2019

ah anna julia

nome legível



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO

SENHOR DIRIGENTE REGIONAL			
Eu, <u>ANNA JULIA LOS HERMANOS</u> (NOME DO REQUERENTE)			
RG <u>11.111.111-1</u>	CPF <u>987654321-00</u>	PIS/PASEP <u>111.000.000-0</u>	DATA DE NASCIMENTO <u>30/03/1959</u>
ENDEREÇO <u>RUA 2222 2222</u>		Nº <u>00</u>	COMPL.
BAIRRO <u>ÚLTIMO</u>	CIDADE <u>SÃO PAULO</u>	UF <u>SP</u>	CEP <u>00 000-000</u>
TEL RES <u>11-0000-0000</u>	TEL CEL <u>11 91111 1111</u>	E-MAIL <u>anna.julia@com.br</u>	
<input type="checkbox"/> 1ª SOLICITAÇÃO			
requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao: <u>INSS e PREFEITURA DE SÃO PAULO</u> (ÓRGÃO DESTINATÁRIO)			
compreendendo o período de: <u>05/06/88 a 30/05/2000</u> <u>31/05/2000 - 19/05/2005</u>			
<input type="checkbox"/> REVISÃO		<input checked="" type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO
MOTIVO <u>FRACIONAMENTO</u> <u>INSS-05/06/88 - 30/05/2000</u> <u>PREFEITURA DE SÃO PAULO - 31/05/2000 - 19/05/2005</u>			

SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL	
É servidor público estadual atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Lotado em qual órgão? _____
Desde qual data? ___/___/___	Contribui para o INSS? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
É aposentado atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Qual o órgão previdenciário? _____
Data da concessão ___/___/___	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Já acumulou cargos públicos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
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

SÃO PAULO, 23/04/2019

anna julia

* DOCUMENTO FICTÍCIO *

RESOLUÇÃO EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 03

Assim como no exercício anterior, para a solução deste, o grupo deveria usar os conhecimentos dos procedimentos para Expedição e Homologação de Certidão de Tempo de Contribuição e das legislações pertinentes.

Em análise aos documentos percebe-se que a ex-servidora solicitou a revisão da sua Certidão de Tempo de Contribuição, o procedimento de revisão, substituição ou cancelamento de uma CTC foi traçado nos artigos 16 e 17 da Portaria MPS nº 154/2008, resumidamente o procedimento é:

- Novo requerimento com a solicitação da revisão;
- Devolução da CTC original anteriormente entregue;
- Declaração do ente que se destinava a primeira CTC com informação de que o período não fora utilizado;
- Declaração própria da ex-servidora com as razões que justifiquem o pedido.

Vale destacar que o fracionamento do período emitindo assim duas CTC's para entes distintos também é abarcado na Portaria MPS nº 154/2008. Para tanto, a ex-servidora deve expressar no requerimento o período e para qual destinação.

EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 04

EXERCÍCIO DE ABONO DE PERMANENCIA

Verifique se o servidor possui as condições exigidas para andamento da concessão do Abono de Permanência.

- João de Santo Cristo, RG. 9.999.999-9, CPF: 111.111.111-11, RS/PV: 111111-02; Nascimento 25/02/1959;
- Nomeado nos termos da LC 180/78 em cargo comissionado de Diretor com posse e exercício em 25/01/1984;
- Admitido na função-atividade de Oficial Administrativo com início de exercício em 13/12/2000;
- Exonerado do cargo em comissão a partir de 01/12/2007;
- Requerimento de Abono de Permanência;



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
Unidade de Despesa VIGILANCIA EM SAÚDE

DSD 01	SD 145
Título NOMEAÇÃO	
Data da publicação do Ato D.O.E. 15/01/1984	
RETIFICAÇÃO	

O(A) DIRETOR (A) DO VIGILANCIA EM SAÚDE, DA CCD. no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALINEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME JOÃO DE SANTO CRISTO					RG 9.999.999	DIG 9	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 25/07/2014
CPF 111111111	DIG 11	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 25/02/1959	ESTADO CIVIL		NATURAL DE		UF
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL		NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO				
TITULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		DATA DE EMISSÃO			

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE ENSINO MÉDIO COMPLETO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
---------------------------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) DIRETOR I	FAIXA/REF./PADRÃO	NÍVEL/GRAU	SUBQUADRO	JORNADA 40HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011			DISCIPLINA (Magistério)	
Código	Denominação			
NATUREZA EFETIVO	FORMA DE PROVIMENTO COMISSÃO	REGIME JURÍDICO ESTATUTARIO	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 99999	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO VIGILANCIA EM SAÚDE		MUNICIPIO SÃO PAULO	
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE		DIG

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
------------------------	--------	------------------	----------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
PAI →		
MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 2º VIA				EMISSÃO EM ASSINATURA / CARIMBO	

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE		EXERCÍCIO		AVERBAÇÃO
DATA 23/01/1984	UNIDADE V.S	DATA 25/01/1984	UNIDADE V.S	DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO

**DOCUMENTO FICTÍCIO



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
Unidade de Despesa VIGILANCIA EM SAÚDE

DSD 01	SD 145
Título ADMISSÃO	
Data da publicação do Ato	
D.O.E. 16/11/2000	RETIFICAÇÃO

O(A) DIRETOR (A) DO VIGILANCIA EM SAÚDE, DA CCD. no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME JOÃO DE SANTO CRISTO		RG 9.999.999	DIG 9	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 25/07/2014	
CPF 111111111	DIG 11	SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 25/02/1959	ESTADO CIVIL	NATURAL DE	UF
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL	NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO			
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	DATA DE EMISSÃO			

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE ENSINO MÉDIO COMPLETO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
---------------------------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) OFICIAL ADMINISTRATIVO	FAIXA/REF./PADRÃO	NÍVEL/GRAU	SUBQUADRO	JORNADA 40HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011		DISCIPLINA (Magistério)		
Código	Denominação			
NATUREZA FUNÇÃO-ATIVIDADE	FORMA DE PROVIMENTO ADMISSÃO	REGIME JURÍDICO LEI 500/74	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 99999	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO VIGILANCIA EM SAÚDE	MUNICIPIO SÃO PAULO		
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE	DIG	

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
------------------------	--------	------------------	----------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
PAI →		
MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

2º VIA	EMISSÃO EM	ASSINATURA / CARIMBO
--------	------------	----------------------

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE	EXERCÍCIO	AVERBAÇÃO
DATA UNIDADE	DATA 13/12/2000 UNIDADE V.S	DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO

** DOCUMENTO FICTÍCIO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS
VIGILANCIA EM SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

TITULO DE EXONERAÇÃO

O Diretor do Recursos Humanos, do Vigilância em Saúde, da Coordenadoria de Controle de Doenças, da Secretaria de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o Inciso II, artigo 37, do Decreto nº 52.833/08, expede o presente Título, para declarar que por Portaria de 03 , publicada em 04/12/2007, que **JOÃO DE SANTO CRISTO**, RG. 9.999.999-9 foi EXONERADO a pedido e a partir de 01/12/2007, nos termos Lei nº 180/78, do cargo de Diretor I , da referida Vigilância.

São Paulo, 25 de julho de 2019.

Assinatura do Diretor
Diretor de RH

2º VIA

** DOCUMENTO FICTÍCIO

ANEXO I
A que se refere a Instrução UCRH n.º 002, de 29 de outubro de 2004

Ilustríssimo(a) Senhor(a) DIRETOR DE RH

MD Dirigente do VIGILANCIA EM SAÚDE

JOÃO DE SANTO CRISTO, RG 9.999.999-9,

OFICIAL ADMINISTRATIVO, TEMPORÁRIO,

do SAF, classificado(a) nesta SECRETARIA DA SAÚDE,

tendo em vista já ter cumprido todos os requisitos para a aposentadoria com proventos INTEGRAIS, optando em permanecer em atividade, requer à Vossa Senhoria, seja providenciada a concessão do abono de permanência, instituído pela Emenda Constitucional n.º 41, de 19, publicada no D.O.U., de 31 de dezembro de 2003.

SÃO PAULO, 10/02/2019

João

VISTO.

JP

** DOCUMENTO FICTÍCIO

RESOLUÇÃO EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 04

Para a solução deste exercício o grupo devia utilizar os conhecimentos das legislações sobre contagem de tempo e de aposentadoria, lembrando que o assunto em questão já foi tratado em treinamentos anteriores, buscando a conscientização das responsabilidades de cada agente nas fases dos processos de trabalho.

Para o andamento do processo para concessão do Abono de Permanência deve ser analisada a vida funcional do servidor, sendo:

- Nomeado em cargo comissionado entre 25/01/1984 a 30/11/2007;
- Admissão em função-atividade a partir de 13/12/2000;
- Em síntese o servidor possui 35 anos de serviço público e completou em 25/02/2019, 60 anos de idade.

Observar que entre 25/01/1984 até 12/12/2000, o servidor exerceu exclusivamente cargo comissionado, sendo admitido em função-atividade em 13/12/2000.

Vale ressaltar que conforme § 13 da Emenda Constitucional nº 20/1998, as contribuições previdenciárias dos servidores com vínculo exclusivamente comissionado seriam vertidas ao Regime Geral de Previdência Social.

Assim, entre 01/01/1999 até 12/12/2000, dia anterior ao ingresso em função-atividade, as contribuições previdenciárias constam junto ao INSS, diante disto, para contagem deste tempo na concessão do referido benefício, o servidor deve providenciar junto ao respectivo Instituto a CTC com as contribuições.

EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 05

EXERCÍCIO DE HOMOLOGAÇÃO

Considerando as documentações da servidora e a situação abaixo, caso qual o procedimento a ser adotado?

- Jenifer Diniz, R.G. 22.222.222-2, CPF 000.111.000-00, RS/PV 111111-03.
- Contratada nos termos da CLT, para exercer a função de Oficial Administrativo, com exercício em 22/07/1993, DOE 01/06/1993.
- Nomeada em cargo comissionado de Diretor I, com posse e exercício em 03/11/1996, DOE 19/10/1996;
- Rescindido contrato CLT a pedido a partir de 01/12/1998, DOE 05/12/1998.
- Exonerado do cargo comissionado a pedido a partir de 01/12/1998, DOE 05/12/1998;
- Nomeado nos termos do artigo 20, inciso II da LC. 180/78, para exercer o cargo de Executivo Público. Posse e exercício em 01/12/1998, D.O.E. 02/11/1998;
- Requereu a CTC Homologada do período de contrato suspenso de 03/11/1996 a 30/11/1998.



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
Unidade de Despesa DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DSD 01	SD 000
Título CONTRATAÇÃO	
Data da publicação do Ato 01/06/1993	
D.O.E. RETIFICAÇÃO	

O(A) DIRETOR (A) DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME JENIFER DINIZ		RG 22.222.222	DIG 2	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 20/11/2013
CPF 111000	DIG 11	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 06/10/1961	ESTADO CIVIL	NATURAL DE UF SP
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL	NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO		
TÍTULO DE ELEITOR		ZONA	SEÇÃO	DATA DE EMISSÃO		

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE MÉDIO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
-----------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) OFICIAL ADMINISTRATIVO	FAIXA/REF./PADRÃO 1	NÍVEL/GRAU A	SUBQUADRO	JORNADA 40 HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011 Código Denominação		DISCIPLINA (Magistério)		
NATUREZA	FORMA DE PROVIMENTO CELETISTA	REGIME JURÍDICO CLT	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 1111	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE	MUNICÍPIO SÃO PAULO		
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE	DIG	

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
------------------------	--------	------------------	----------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS 9999999999	FILIAÇÃO PAI → MÃE →	ANO PRIMEIRO EMPREGO
--------------------------	----------------------------	----------------------

DADOS PARA O PROVIMENTO

SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO CLT
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

2º VIA	EMISSÃO EM	ASSINATURA / CARIMBO
--------	------------	----------------------

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE	EXERCÍCIO	AVERBAÇÃO
DATA UNIDADE	DATA 22/07/1993 UNIDADE D.S	DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA/CARIMBO

** DOCUMENTO FICTÍCIO



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
Unidade de Despesa DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DSD 01	SD 000
Título NOMEAÇÃO	
Data da publicação do Ato D.O.E. 19/10/1996	
RETIFICAÇÃO	

O(A) DIRETOR (A) DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME JENIFER DINIZ				RG 22.222.222	DIG 2	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 20/11/2013
CPF 000111000	DIG 11	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 06/10/1961	ESTADO CIVIL		NATURAL DE	UF SP
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO		ANO CHEGADA AO BRASIL	NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO			
TÍTULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		DATA DE EMISSÃO		

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE MÉDIO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
-----------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) DIRETOR I	FAIXA/REF./PADRÃO	NÍVEL/GRAU	SUBQUADRO	JORNADA 40 HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011			DISCIPLINA (Magistério)	
Código	Denominação			
NATUREZA	FORMA DE PROVIMENTO COMISSÃO	REGIME JURÍDICO ESTATUTARIO	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 1111	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE		MUNICIPIO SÃO PAULO	
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE		DIG

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
------------------------	--------	------------------	----------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS 9999999999	PAI →	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
	MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 2º VIA			EMISSÃO EM		
Declaração					ASSINATURA / CARIMBO
DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.					
POSSE		EXERCÍCIO		AVERBAÇÃO	
DATA 03/11/1996	UNIDADE D.S	DATA 03/11/1996	UNIDADE D.S	DATA S. D.	
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO	

** DOCUMENTO FICTÍCIO

TERMO DE RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR	01 – CNPJ / CEI	02 – Razão Social / Nome SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE				
	03 – Endereço (Logradouro, Nº, Andar, Apartamento) AV. DR. ARNALDO				04 – Bairro PACAEMBU	
	05 – Município SÃO PAULO	06 – UF SP	07 – CEP	08 – CNAE	09 – CNPJ / CEI Tomador/Obra	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR	10 – PIS – PASEP		11 - Nome JENIFER DINIZ			
	12 – Endereço (Logradouro, Nº, Andar, Apartamento)					13 - Bairro
	14 – Município SÃO PAULO		15 – UF SP	16 – CEP	17 – Carteira de Trabalho (Número, Série e UF)	
	18 – CPF 000.111.000-11	19 – Data de Nascimento 06/10/1961	20 – Nome da Mãe			

DADOS DO CONTRATO	21 – Remuneração p/Fins Rescisórios	22 – Data de Admissão 22/07/1993	23 – Data do Aviso Prévio	24 – Data do Afastamento 01/12/1998
	25 – Causa do Afastamento RESCISÃO CONTRATUAL		26 – Cód. Afastamento	27 – Pensão Alimentícia (%)

DESCRIÇÃO DAS VERBAS RESCISÓRIAS	Valor	Valor	DEDUÇÕES	
	29 – Aviso Prévio Indenizado		38 - Comissões	47 - Previdência
30 – Saldo de Salário dias		39 - Gratificações	48 - Previdência 13º Salário	
31 – 13º Salário /12 avos		40 – Horas Extras Horas	49 - Adiantamento	
32 – 13º Sal. Indenizado /12 avos		41 - Adicional Insalub./Periculosidade	50 - IRRF	
33 – Férias Vencidas		42 -	51 -	
34 – Férias Proporcionais /12 avos		43 -	52 -	
35 – 1/3 Salário S/Férias		44 -	53 -	
36 – Salário Família /dias		45 -	54 – Total das Deduções	
37 – Adicional Noturno		46 – Total Bruto	55 – Líquido a Receber	

FORMALIZAÇÃO DA RESCISÃO	56 – Local e Data do Recebimento SÃO PAULO 10/12/1998		57 – Carimbo e Assinatura do Empregador ou Preposto		
			- CPF		
	58 – Assinatura do Trabalhador		59 – Assinatura do Responsável Legal do Trabalhador		
	60 - HOMOLOGAÇÃO Foi prestado gratuitamente assistência ao trabalhador nos termos do Art. 477, § 1º da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, sendo comprovado neste ato, o efetivo pagamento das verbas rescisórias acima especificadas.		61 – Digital do Trabalhador	62 – Digital do Responsável Legal	
	Local e Data		64 – Recepção pelo Banco (data e carimbo)		
	Carimbo e Assinatura do Assistente				
63 – Identificação do Órgão Homologador 15/12/1998					

A ASSISTÊNCIA NO ATO DE RESCISÃO CONTRATUAL É GRATUITA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
RECURSOS HUMANOS

TITULO DE EXONERAÇÃO

O Diretor do Recursos Humanos, do Departamento de Saúde, da Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, no uso da atribuição que lhe confere o Inciso II, artigo 37, do Decreto nº 52.833/08, expede o presente Título, para declarar que por Portaria de 04 , publicada em 05/12/1998, que **JENIFER DINIZ**, RG. 22.222.222-2 foi EXONERADA a pedido e a partir de 01/12/1998, nos termos Lei nº 180/78, do cargo de Diretor I , do referido Departamento

São Paulo, 19 de julho de 2019.

Assinatura do Diretor
Diretor de RH

2º VIA

** DOCUMENTO FICTÍCIO



Órgão SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade Orçamentária COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
Unidade de Despesa DEPARTAMENTO DE SAÚDE

DSD 01	SD 000
Título NOMEAÇÃO	
Data da publicação do Ato D.O.E. 02/11/1998	
RETIFICAÇÃO	

O(A) DIRETOR (A) DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE no uso de sua competência conferida pelo ART. 37, INCISO I, ALÍNEA "C", do Decreto nº 52.833 DE 24 DE MARÇO DE 2008, expede o presente título.

DADOS PESSOAIS

NOME JENIFER DINIZ				RG 22.222.222	DIG 2	UF SP	Órgão emissor SSP	Data da Emissão 20/11/2013
CPF 000111000	DIG 11	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	RAÇA/COR	DATA NASC 06/10/1961	ESTADO CIVIL		NATURAL DE	UF SP
NACIONALIDADE		SE PORTUGUÊS DATA OPÇÃO	ANO CHEGADA AO BRASIL		NACIONALIDADE ESTRANGEIRO NATURALIZADO			
TÍTULO DE ELEITOR			ZONA	SEÇÃO		DATA DE EMISSÃO		

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Av/Rua- Nº - Complemento- Bairro - CEP)

ESCOLARIDADE SUPERIOR COMPLETO	Nº/SIGLA DO REGISTRO DO CONSELHO OU DIPLOMA
-----------------------------------	---

DADOS FUNCIONAIS

CARGO/ (F.A.-Parágrafo único do art. 2º Instrução Conjunta 01/2012) EXECUTIVO PÚBLICO	FAIXA/REF./PADRÃO 1	NÍVEL/GRAU A	SUBQUADRO	JORNADA 40 HS
CATEGORIA PROFISSIONAL - § 1º do artigo 4º da LC 1157 de 2/12/2011			DISCIPLINA (Magistério)	
Código	Denominação			
NATUREZA EFETIVO	FORMA DE PROVIMENTO NOMEAÇÃO	REGIME JURÍDICO ESTATUTARIO	ESCALA DE VENCIMENTOS/ESTRUTURA DE VENCIMENTOS	
CÓDIGO DA U.A. 1111	UNIDADE ADMINISTRATIVA (U.A.) - DENOMINAÇÃO DEPARTAMENTO DE SAÚDE		MUNICÍPIO SÃO PAULO	
BANCO	AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE		DIG

ACUMULAÇÃO REMUNERADA

CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE	ESFERA	ATO DECISÓRIO Nº	PUB. DOE
------------------------	--------	------------------	----------

VANTAGENS CONCEDIDAS

INGRESSO SERV. PUBL. EST	A.T.S.	SEXTA PARTE S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CARGO/FUNÇÃO-ATIVIDADE
--------------------------	--------	--	------------------------

DADOS PIS / PASEP

NÚMERO PIS 9999999999	FILIAÇÃO	ANO PRIMEIRO EMPREGO
PAI →		
MÃE →		

DADOS PARA O PROVIMENTO

PROCESSO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROVIMENTO					
SIGLA DO ORGÃO	NÚMERO	ANO	DATA AUTORIZAÇÃO	PUBL. DOE	FUNDAMENTO LEGAL - ATO PROVIMENTO LEI 180/78
EXIGÊNCIA P/PROVIMENTO		ORIGEM DA VAGA - NOME DO ÚLTIMO OCUPANTE		ORIGEM DA VAGA- MOTIVO VACÂNCIA	PUBLICADO(A) NO DOE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

2º VIA	EMISSÃO EM	ASSINATURA / CARIMBO
--------	------------	----------------------

Declaração

DECLARO que o(a) interessado(a) acima apresentou toda a documentação comprobatória para a investidura do cargo.

POSSE		EXERCÍCIO		AVERBAÇÃO
DATA 01/12/1998	UNIDADE D.S	DATA 01/12/1998	UNIDADE D.S	DATA S. D.
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA/CARIMBO

** DOCUMENTO FICTÍCIO



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO

SENHOR DIRIGENTE REGIONAL			
Eu, <u>JENIFER DINIZ</u> (NOME DO REQUERENTE)			
RG <u>22.222.222-2</u>	CPF <u>000 111 000 - 11</u>	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO <u>06/10/1961</u>
ENDEREÇO <u>RUA TINDER, 1.000</u>		Nº	COMPL.
BAIRRO	CIDADE <u>SÃO PAULO</u>	UF <u>SP</u>	CEP
TEL RES	TEL CEL	E-MAIL	
<input checked="" type="checkbox"/> 1ª SOLICITAÇÃO			
requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao: <u>INSS</u> (ÓRGÃO DESTINATÁRIO) compreendendo o período de: <u>03/11/196</u> a <u>30/11/198</u>			
<input type="checkbox"/> REVISAO	<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO	
MOTIVO			

SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL	
É servidor público estadual atualmente? Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Lotado em qual órgão? <u>DEPARTAMENTO DE SAÚDE</u>
Desde qual data? <u>01/12/98</u>	Contribui para o INSS? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
É aposentado atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Qual o órgão previdenciário? _____
Data da concessão ___/___/___	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Já acumulou cargos públicos? Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
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

SÃO PAULO, 03/07/2019

Jenifer Jeney

*** DOCUMENTO FICTÍCIO ***

RESOLUÇÃO EXERCÍCIO ENVELOPE Nº 05

Para a solução deste exercício o grupo deveria usar os conhecimentos das legislações sobre contagem de tempo, de aposentadoria e de expedição e homologação de CTC e sua legislação, uma vez que o entendimento dos processos de trabalho auxiliará na busca pela solução.

Em análise da situação percebe-se que quando a servidora assumiu o cargo comissionado no período de 03/11/1996 a 30/11/1998, o seu vínculo público sob o regime CLT ficou com Contrato Suspenso, uma vez que ao assumir o referido cargo a servidora passou a ser vinculada ao RPPS, pois antes da edição da EC nº 20/1998 todos os cargo comissionados eram vinculados ao regime próprio.

Diante disto a servidora solicitou a CTC homologada com o respectivo período para aproveitamento junto ao INSS, entretanto, há se que observar que desde 01/12/1998 a mesma possui vínculo ativo em cargo efetivo e conforme art. 12 da Portaria MPS nº 154/2008 a CTC só será emitida para ex-servidor.

Assim o requerimento da servidora deve ser indeferido com a devida justificativa.