



ESTADO DO ACRE  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO ACRE

**REQUERIMENTO PARA EMISSÃO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA**

**DADOS DO (A) REQUERENTE**

NOME:		MATRÍCULA:	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____.	CPF:	RG:	PIS/PASEP:
FILIAÇÃO (Nome da mãe):			
ENDEREÇO COMPLETO:	NÚMERO:	COMPLEMENTO:	CEP:
BAIRRO:	MUNICÍPIO:	UF:	TELEFONE: ( )
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO ANTERIOR:	ÓRGÃO DE LOTAÇÃO ATUAL:		
DATA DE ADMISSÃO NO ESTADO: ____/____/____.	DATA DE EXONERAÇÃO NO ESTADO: ____/____/____.		

**DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:**

**Requer o(a) Senhor(a) residente do Acre previdência a Certidão de Tempo de Contribuição para fins de:**

- Averbação de tempo de contribuição em outro ente federativo com RPPS;
- Aposentadoria em outro ente federativo com RPPS;
- Averbação junto ao INSS para fins de aposentadoria;
- Outros: especificar: \_\_\_\_\_.

**Documentos necessários:**

- Requerimento
- Documento de identificação com foto ( RG/CNH/Conselho Profissional);
- Comprovante de inscrição no cadastro de pessoa física (CPF);
- Comprovante de endereço com CEP atualizado;
- PIS/PASEP;
- Cópia da Portaria/Decreto de Nomeação/Admissão/Contrato de Trabalho (do Estado);
- Cópia da Portaria/Decreto de Exoneração (do Estado);
- Certidão de Tempo de Serviço, fornecida pelo órgão de origem (RH)

**Orientações**

- Não serão concedidas certidões a ex-segurados que não apresentem a documentação supracitada ou não justifiquem a impossibilidade de o fazer,

**Pelo presente requer a Certidão de Tempo de Contribuição**

Rio Branco, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



Rua Benjamin Constant, nº 351, Cerâmica - CEP 69.905-072  
Rio Branco - Acre  
Fone: 3215- 4309/4300  
E-mail: gabinete.acreprevidencia@gmail.com