

ANEXO I

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DO CNIS - RAC

1. INFORMAÇÕES B SICAS
Nome civil:
CPF:
Número de Inscrição (NIT/PIS/Pasep/NIS):
Data de nascimento:
Nome da mãe:
2.TIPO DE ATUALIZAÇÃO
2.1 ACERTO DE DADOS CADASTRAIS
2.1.1 INCLUIR
1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem
13. Chegada ao País *estrangeiro:
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD:____) Nº _____
Celular: (DDD:____) Nº _____
Principal: (DDD:____) Nº _____
Secundário: (DDD:____) Nº _____
17. CPF:
18. Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: _____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) :
20. Nº Título de eleitor:
21. Nº Termo Certidão de nascimento:
22. Nº Termo Certidão de casamento:
23. Nº Carteira de marítimo:
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: _____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: _____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro:
2.1.2 EXCLUIR
1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem

13. Chegada ao País *estrangeiro:
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD:____) Nº _____
Celular: (DDD:____) Nº _____
Principal: (DDD:____) Nº _____
Secundário: (DDD:____) Nº _____
17. CPF:
18. Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: _____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) :
20. Nº Título de eleitor:
21. Nº Termo Certidão de nascimento:
22. Nº Termo Certidão de casamento:
23. Nº Carteira de marítimo:
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: _____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: _____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro:
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: _____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: _____/____/____
2.1.3 ALTERAR
DE:
1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem
13. Chegada ao País *estrangeiro:
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD:____) Nº _____
Celular: (DDD:____) Nº _____
Principal: (DDD:____) Nº _____
Secundário: (DDD:____) Nº _____
17. CPF:
18. Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: _____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) :
20. Nº Título de eleitor:
21. Nº Termo Certidão de nascimento:
22. Nº Termo Certidão de casamento:
23. Nº Carteira de marítimo:
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: _____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: _____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro:
PARA:
1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem
13. Chegada ao País *estrangeiro:
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD:____) Nº _____
Celular: (DDD:____) Nº _____
Principal: (DDD:____) Nº _____
Secundário: (DDD:____) Nº _____
17. CPF:
18. Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: _____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) :
20. Nº Título de eleitor:
21. Nº Termo Certidão de nascimento:
22. Nº Termo Certidão de casamento:
23. Nº Carteira de marítimo:
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: _____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: _____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro:

2.2 ACERTO DE VÍNCULOS E REMUNERAÇÕES
2.2.1 INCLUIR

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:
Empregado () Empregado doméstico () Trabalhador Avulso ()

Empregador:
Identificador CNPJ/CEI/CPF:
Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____
Observação:

Ano: _____	Remunerações	Ano: _____	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.2.2. EXCLUIR

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:
Empregado () Empregado doméstico () Trabalhador Avulso ()

Empregador:
Identificador CNPJ/CEI/CPF:
Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____
Observação:

Ano: _____	Remunerações	Ano: _____	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.2.3 ALTERAR
DE:

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:
Empregado () Empregado doméstico () Trabalhador Avulso ()

Empregador:
Identificador CNPJ/CEI/CPF:
Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____
Observação:

Ano: _____	Remunerações	Ano: _____	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

PARA:

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:
Empregado () Empregado doméstico () Trabalhador Avulso ()

Empregador:
Identificador CNPJ/CEI/CPF:
Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____
Observação:

Ano: _____	Remunerações	Ano: _____	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.2.4 TRANSFERÊNCIA DE VÍNCULOS E REMUNERAÇÕES CONSTANTES NO CADASTRO DE TERCEIRO PARA O CADASTRO DO REQUERENTE

Do NIT/PIS/Pasep/NIS: _____
Para o NIT/PIS/Pasep/NIS: _____

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:
Empregado () Empregado doméstico () Trabalhador Avulso ()

Empregador:
Identificador CNPJ/CEI/CPF:
Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____
Observação:

Ano: _____	Remunerações	Ano: _____	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.3 ATUALIZAÇÃO DE ATIVIDADE
2.3.1 INCLUIR ATIVIDADE

1. NIT: _____
2. Tipo de filiado: _____
3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)
Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____
Observação: _____

Declaro, para os devidos fins, que exerço/exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT conforme acima referenciado, na atividade e período conforme acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Local e Data: _____/_____/_____/_____

Assinatura do Filiado/ Solicitante

2.3.2. EXCLUIR ATIVIDADE

1. NIT: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação: _____

Declaro, para os devidos fins, que exerço/exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT conforme acima referenciado, na atividade e período conforme acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Local e Data: _____/_____/_____/_____

Assinatura do Filiado/ Solicitante

2.3.3 ATUALIZAR ATIVIDADE

DE:

1. NIT: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação: _____

PARA:

1. NIT: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação: _____

Declaro, para os devidos fins, que exerço/exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT conforme acima referenciado, na atividade e período conforme acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Local e Data: _____/_____/_____/_____

Assinatura do Filiado/ Solicitante

2.4 ACERTO DE CONTRIBUIÇÕES
Informe os dados para atualização

2.4.1 INCLUIR (exceto de GPS/DARF*)
* a partir da competência em que os sistemas da RFB e INSS estiverem integrados

Competência	NIT/PIS/Pasep/NIS	Código	Contribuição Ano:			Data de Pagamento
			Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação: _____

2.4.2 EXCLUIR (transferir para reia de Inválidos - ADA)

Competência	NIT/PIS/Pasep/NIS	Código	Contribuição Ano:			Data de Pagamento
			Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação: _____

2.4.3 DESMEMBRAR
Distribuir valores recolhidos de forma consolidada em uma só competência, para as demais competências incluídas no recolhimento.

Competência /Ano da consolidação (MM/AAAA)	NIT/PIS/ Pasep/NIS	Valor (R\$) autenticado (incluindo juros e multa)	Contribuição Ano:		Data de Pagamento	Competências/Ano incluídas no recolhimento (MM/AAAA)
			Valor (R\$) autenticado	Código		

Observação: _____

2.4.4 TRANSFERÊNCIA DE CONTRIBUIÇÕES

Do NIT/PIS/Pasep/NIS: _____
 Para o NIT/PIS/Pasep/NIS: _____

			Contribuição			
			Ano: _____			
Competência	NIT/PIS/ Pasep/NIS	Código	Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	Data de pagamento
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação: _____

Local: _____ Assinatura: _____
 Data: ____/____/____

ANEXO II

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
 DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DO ENVIO DE DADOS TRABALHISTAS E PREVIDENCIÁRIOS PELO eSOCIAL E INFORMAÇÃO DOS NÚMEROS DOS RECIBOS ELETRÔNICOS
 IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADOR, EMPREGADOR DOMÉSTICO OU EMPRESA CONTRATANTE/ COOPERATIVA:

NOME/RAZÃO SOCIAL: _____
 CNPJ/CEI(CAEPF/CNO)/CPF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO EMPREGADO, EMPREGADO DOMÉSTICO OU CONTRIBUINTE INDIVIDUAL QUE PRESTA SERVIÇOS A EMPRESA/COOPERATIVA:

NOME:	CPF:
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ORGÃO EXPEDIDOR:	NIT/PIS/Pasep/NIS:
PAI:	DATA DE NASCIMENTO:
MÃE:	

INFORMAÇÕES TRABALHISTAS:

TIPO DE CONTRATO			
<input type="checkbox"/> EMPREGADO URBANO		<input type="checkbox"/> Contrato de trabalho: _____ <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho intermitente	
<input type="checkbox"/> EMPREGADO RURAL		Informar o tipo de atividade exercida: _____ Informar a identificação e endereço completo do imóvel onde os serviços foram prestados: _____ Informar a que título detinha a posse do imóvel: _____	
<input type="checkbox"/> EMPREGADO DOMÉSTICO		OBSERVAÇÕES: _____	
<input type="checkbox"/> CONTRIBUINTE INDIVIDUAL QUE PRESTA SERVIÇOS A EMPRESA CONTRATANTE/COOPERATIVA		OBSERVAÇÕES: _____	
ADMISSÃO: Nº DO RECIBO ELETRÔNICO DO eSOCIAL: _____			
EMPREGADO COM CONTRATO DE TRABALHO INTERMITENTE: INFORMAR O(S) PERÍODO(S) EFETIVAMENTE TRABALHADO(S)			
	DATA INÍCIO	DATA FIM	Nº DO RECIBO ELETRÔNICO EMITIDO PELO eSOCIAL
1	__/__/__	__/__/__	
2	__/__/__	__/__/__	
3	__/__/__	__/__/__	
4	__/__/__	__/__/__	
5	__/__/__	__/__/__	
6	__/__/__	__/__/__	
7	__/__/__	__/__/__	
8	__/__/__	__/__/__	
9	__/__/__	__/__/__	
10	__/__/__	__/__/__	
11	__/__/__	__/__/__	
12	__/__/__	__/__/__	

VALOR DAS REMUNERAÇÕES PAGAS E NÚMERO DOS RESPECTIVOS RECIBOS DO eSOCIAL RELATIVOS AOS REGISTROS DE EVENTOS DE REMUNERAÇÕES S-1200:

ANO: _____	VALOR DA REMUNERAÇÃO	NÚMERO DO RECIBO DO EVENTO DE REMUNERAÇÃO (S-1200)
COMPETÊNCIA		
JANEIRO		
FEVEREIRO		
MARÇO		
ABRIL		
MAIO		
JUNHO		
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES:

Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas e nem rasuras
 Declaro que as informações nela constantes correspondem à verdade.
 Local/UF: _____ Data de emissão: ____/____/____
 Dados do declarante:
 Nome por extenso: _____
 CPF: _____
 Cargo que exerce: _____
 Assinatura do declarante
 (empregador/empregador doméstico/responsável pelo órgão gestor de mão de obra/sindicato/empresa contratante/cooperativa)

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. Esta declaração somente poderá ser utilizada para os fins especificados na Instrução Normativa PRES/INSS nº 128, de 28 de março de 2022
2. Não deverá constar nesta Declaração dados e registros de períodos anteriores ao eSocial;
3. Nos casos de contratos de trabalho intermitente, deverão ser informados os períodos efetivamente trabalhados;
4. Para cada competência deverá ser informado o número do recibo eletrônico referente ao registro da remuneração no eSocial;
5. O declarante deverá preencher nesse formulário de declaração somente os itens que o empregado/empregado doméstico/contribuinte individual que presta serviços a empresa contratante ou cooperativa necessitar para fins de verificação e providências pelo INSS quanto à disponibilização das informações correspondentes no CNIS; e
6. Este Anexo não deve ser utilizado como declaração de confirmação do envio de dados trabalhistas e previdenciários pelo eSocial e informações dos números dos recibos eletrônicos referentes ao trabalhador avulso.

ANEXO III

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DO ENVIO DE DADOS TRABALHISTAS E PREVIDENCIÁRIOS DO TRABALHADOR AVULSO PELO eSOCIAL E INFORMAÇÃO DOS NÚMEROS DOS RECIBOS ELETRÔNICOS

IDENTIFICAÇÃO DO INTERMEDIADOR DE MÃO DE OBRA (ÓRGÃO GESTOR DE MÃO DE OBRA OU SINDICATO):

CNPJ:		OGMO ()	
		SINDICATO ()	
NOME OU RAZÃO SOCIAL:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO:	BAIRRO:	UF:	
CEP:	COMPLEMENTO:	DDD/TEL.:	

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR AVULSO:

CPF:		PORTU RIO ()	
		NÃO PORTU RIO ()	
NOME:			
NIT/PIS/PASEP/NIS:			
Nº CBO:	NOME DA OCUPAÇÃO:		
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO:	BAIRRO:	UF:	
CEP:	COMPLEMENTO:	DDD/TEL.:	

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR:

NOME OU RAZÃO SOCIAL:			
CNPJ:			
ENDEREÇO:			
MUNICÍPIO:	BAIRRO:	UF:	
CEP:	COMPLEMENTO:	DDD/TEL.:	

VALOR DAS REMUNERAÇÕES PAGAS E NÚMERO DOS RESPECTIVOS RECIBOS DO eSOCIAL RELATIVOS AOS REGISTROS DE EVENTOS DE REMUNERAÇÃO:		
ANO: _____	REMUNERAÇÃO BASE DE CÁLCULO PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL	NÚMERO DO RECIBO DO EVENTO DE REMUNERAÇÃO DO eSOCIAL
COMPETÊNCIA		
JANEIRO		
FEVEREIRO		
MARÇO		
ABRIL		
MAIO		
JUNHO		
JULHO		
AGOSTO		
SETEMBRO		
OUTUBRO		
NOVEMBRO		
DEZEMBRO		
OBSERVAÇÕES		

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES

Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas e nem rasuras
Declaro que as informações nela constantes correspondem à verdade.
Local/UF: _____ Data de emissão: ____/____/____
Dados do declarante:
Nome por extenso: _____
CPF: _____
Cargo que exerce: _____
Assinatura do declarante
(empregador/empregador doméstico/responsável pelo órgão gestor de mão de obra/sindicato/empresa contratante/cooperativa)

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. Esta declaração somente poderá ser utilizada para os fins especificados na Instrução Normativa PRES/INSS nº 128, de 28 de março de 2022.
2. Não deverá constar nesta Declaração dados e registros de períodos anteriores ao eSocial;
3. Para cada competência deverá ser informado o número do recibo eletrônico referente ao registro da remuneração no eSocial;
4. O declarante deverá preencher nesse formulário de declaração somente os itens que o trabalhador avulso necessitar para fins de verificação e providências pelo INSS quanto à disponibilização das informações correspondentes no CNIS.
5. Este Anexo não deve ser utilizado como declaração de confirmação do envio de dados trabalhistas e previdenciários pelo eSocial e informações dos números dos recibos eletrônicos referentes ao empregado, empregado doméstico e contribuinte individual que presta a empresa/cooperativa.

ANEXO IV

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)
DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO AO RGPS - DTC
(Nº/ANO) _____/_____

ÓRGÃO EMITENTE:	CNPJ:
-----------------	-------

DADOS PESSOAIS

NOME DO SERVIDOR/AGENTE PÚBLICO:	MATRÍCULA:
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ ÓRGÃO EXPEDIDOR:	PIS/PASEP:
NOME DO PAI:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:	

DADOS FUNCIONAIS

DATA DE ADMISSÃO NO VÍNCULO 1:	Nº DA PORTARIA DE NOMEAÇÃO:	DATA DE PUBLICAÇÃO:		
DATA DE DESLIGAMENTO NO VÍNCULO 1:	Nº DA PORTARIA DE EXONERAÇÃO/ DEMISSÃO:	DATA DE PUBLICAÇÃO:		
PERÍODO(S) DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO				
SEQ.	DATA INÍCIO DD/MM/AAAA	DATA FIM DD/MM/AAAA	CARGO/FUNÇÃO	CATEGORIA FUNCIONAL
1	____/____/____	____/____/____		() Efetivo/Estável () Comissionado/Mandato Eletivo () Contratado

2	__/__/__	__/__/__		() Efetivo/Estável () Comissionado/Mandato Eletivo () Contratado
3	__/__/__	ATÉ A PRESENTE DATA		() Efetivo/Estável () Comissionado/Mandato Eletivo () Contratado

INFORMAÇÕES ADICIONAIS/OCORRÊNCIAS

LICENÇAS/ AFASTAMENTO	No(s) período(s) acima discriminado(s), houve licença não-remunerada ou afastamento, que acarretasse na suspensão do contrato de trabalho? () NÃO. () SIM. No(s) período(s) de __/__/__ a __/__/__; de __/__/__ a __/__/__; e de __/__/__ a __/__/__. (Obs: descrever que tipo de licença/afastamento e a qual vínculo/período se referem as informações).
DOCUMENTAÇÃO E FONTE DAS INFORMAÇÕES	Os seguintes documentos serviram de base à presente declaração foram: () Atos de nomeação e exoneração. () Contrato de Trabalho, registros em CTPS ou ficha funcional contemporâneos. () Folhas de pagamento ou ficha financeira. () Registros de frequência. () Outros: _____
OBSERVAÇÕES	

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES

Declaro que os documentos que serviram de base para a emissão desta Declaração encontram-se à disposição do INSS para eventual consulta.	
Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas nem rasuras. Local e data: __/__/__	Visto do Dirigente do Órgão competente. _____ Assinatura do Dirigente do Órgão competente Nome/Cargo/Matrícula
Assinatura do servidor que lavrou a Declaração Nome/Cargo/Matrícula	

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:

1. Orientações Gerais:

Não deverá constar nesta Declaração período de contribuição ao Regime Próprio de Previdência Social - RPPS, observado que, até 15/12/1998, data anterior à da publicação da Emenda Constitucional nº 20/1998, o servidor público ocupante, exclusivamente, de cargo em comissão, de cargo temporário, de emprego público ou mandato eletivo poderia estar vinculado a RPPS;

Somente deverá constar nesta Declaração período em que o servidor/agente público foi remunerado e enquadrado na categoria de empregado, não sendo o documento hábil para certificar períodos de serviços prestados como contribuinte individual/autônomo, ainda que a partir de abril/2003;

Esta Declaração também poderá ser utilizada para período a partir de 1º de março de 2000, do ocupante de cargo de Ministro de Estado, de Secretário Estadual, Distrital ou Municipal, desde que não amparado por RPPS pelo exercício de cargo efetivo do qual tenha se afastado para assumir essa função;

O período de exercente de mandato eletivo somente poderá ser declarado a partir de 19/09/2004.

2. Na tabela "DADOS FUNCIONAIS":

Nesta tabela deverão ser preenchidos os dados do(s) vínculo(s) existente(s) e o(s) período(s) de Regime Geral de Previdência Social - RGPS correspondentes ao(s) vínculo(s). Poderão ser incluídas tantas tabelas quantas forem necessárias, nas situações de existência de vários vínculos ligados ao ente federativo;

Na hipótese de alternância do regime de previdência, com período de RPPS intercalado, no campo "OBSERVAÇÕES", deverá informar o período de vinculação ao RPPS.

3. Na tabela "INFORMAÇÕES ADICIONAIS/OCORRÊNCIAS":

Deverá responder à pergunta acerca da existência de licença não-remunerada ou afastamento, que acarrete na suspensão do contrato de trabalho (a exemplo de período em gozo de auxílio-doença/aposentadoria por invalidez, suspensão disciplinar, etc.). Em caso de resposta positiva, deverá discriminar os períodos;

Deverá marcar ou especificar a documentação que serviu de base para emissão da declaração;

No campo "OBSERVAÇÕES", além de mudança de regime de previdência, poderá ser registrado eventos como ação trabalhista, cessão de servidor, etc.

4. ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES:

Observando a competência de cada órgão e a necessária identificação dos responsáveis pela emissão, a Declaração deverá ser confirmada com a assinatura, cargo e matrícula do Dirigente do Órgão Competente.

ANEXO V

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022

(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)

RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES QUE INCIDEM CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS REFERENTE À DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO AO RGPS - DTC

(Nº / ANO) ____/____

ÓRGÃO EMITENTE:	CNPJ:
-----------------	-------

DADOS PESSOAIS

NOME DO SERVIDOR/AGENTE PÚBLICO:	MATRÍCULA:
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CPF:
NOME DO PAI:	DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:	
DATA DE ADMISSÃO:	DATA DA EXONERAÇÃO:
PIS/PASEP:	CPF:

DADOS DE REMUNERAÇÕES

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

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES

Declaro que os documentos que serviram de base para a emissão desta Declaração encontram-se à disposição do INSS para eventual consulta.	
Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas nem rasuras. Local e data: __/__/__	Visto do Dirigente do Órgão competente. _____ Assinatura do Dirigente do Órgão competente Nome/Cargo/Matrícula
Assinatura do servidor que lavrou a Declaração Nome/Cargo/Matrícula	

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:

1. Orientações Gerais:

Este anexo "RELAÇÃO DAS REMUNERAÇÕES QUE INCIDEM CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS" quando for utilizado deverá acompanhar o respectivo anexo "DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO AO RGPS - DTC (Nº / ANO) ____/____";

Deverão ser informadas as remunerações para as quais incidem obrigatoriamente contribuições previdenciárias;

O campo "Valor (\$)" deverá ser preenchido com a remuneração em moeda da época.

ANEXO VI

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)
CERTIFICADO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHADOR AVULSO
IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR AVULSO:

CPF:	<input type="checkbox"/> PORTU RIO <input type="checkbox"/> NÃO PORTU RIO	
NOME:		
NIT/PIS/PASEP/NIS:		
Nº CBO:	NOME DA OCUPAÇÃO:	
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO:	BAIRRO:	UF:
CEP:	COMPLEMENTO:	DDD/TEL.:

IDENTIFICAÇÃO DO INTERMEDIADOR DE MÃO DE OBRA (ÓRGÃO GESTOR DE MÃO DE OBRA OU SINDICATO):

CNPJ:	<input type="checkbox"/> OGMO <input type="checkbox"/> SINDICATO	
NOME OU RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO:	BAIRRO:	UF:
CEP:	COMPLEMENTO:	DDD/TEL.:

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR:

NOME OU RAZÃO SOCIAL:		
CNPJ:		
ENDEREÇO:		
MUNICÍPIO:	BAIRRO:	UF:
CEP:	COMPLEMENTO:	DDD/TEL.:
REMUNERAÇÕES		
Competência	Competência	Remuneração
Base de Cálculo para a Previdência Social	Base de Cálculo para a Previdência Social	Base de Cálculo para a Previdência Social
JANEIRO	JANEIRO	
FEVEREIRO	FEVEREIRO	
MARÇO	MARÇO	
ABRIL	ABRIL	
MAIO	MAIO	
JUNHO	JUNHO	
JULHO	JULHO	
AGOSTO	AGOSTO	
SETEMBRO	SETEMBRO	
OUTUBRO	OUTUBRO	
NOVEMBRO	NOVEMBRO	
DEZEMBRO	DEZEMBRO	
OBSERVAÇÕES		

DADOS DO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DO CERTIFICADO

NOME:	
CARGO:	CPF:
Certifico que as informações constantes neste certificado correspondem à verdade e foram extraídas de registros da entidade intermediadora de mão de obra e se encontram à disposição do INSS para consulta.	
Lavrei o presente Certificado, que não contém emendas e nem rasuras.	
Local/UF: _____ Data de emissão: ____/____/____	
Assinatura do declarante (responsável pelo órgão gestor de mão de obra/sindicato)	

ANEXO VII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE CONTRIBUIÇÃO EM ATRASO

INFORMAÇÕES BÁSICAS
Nome civil:
CPF:
Número de Inscrição (NIT/PIS/Pasep/NIS):
Data de nascimento:
Nome da mãe:
Nome do pai:
FINALIDADE DO CANCELAMENTO
<input type="checkbox"/> CONTAGEM NO RGPS (Indenização/ Retroação da data do início das contribuições - DIC)
<input type="checkbox"/> CONTAGEM RECÍPROCA (emissão de Certidão de Tempo de Contribuição - CTC)
COMPETÊNCIAS PARA CANCELAMENTO/TIPO DE FILIADO/OCUPAÇÃO
1. NIT: _____
2. Tipo de filiado: _____
3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico inserir a lista CBO)
4. Data de início: ____/____/____ 5. Data fim: ____/____/____
Observação: _____
DOCUMENTOS APRESENTADOS
<input type="checkbox"/> Cédula de Identidade ou Registro Geral - RG;
<input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
<input type="checkbox"/> Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS em meio físico;
<input type="checkbox"/> Carteira expedida por órgão ou entidade de classe;
<input type="checkbox"/> Passaporte;
<input type="checkbox"/> Documento Nacional de Identificação - DNI; ou
<input type="checkbox"/> Outro documento legal com foto dotado de fé pública que permita a identificação da pessoa física.
Especificar: _____
<input type="checkbox"/> Declaração fornecida pela empresa, devidamente assinada e identificada por seu responsável, acompanhada de original ou cópia autenticada da Ficha de Registro de Empregados ou do Livro de Registros de Empregados, onde conste o referido registro do trabalhador
<input type="checkbox"/> Contracheque ou recibo de pagamento contemporâneos aos fatos que se pretende comprovar
<input type="checkbox"/> Certificado de sindicato ou órgão gestor de mão-de-obra que agrupa trabalhadores avulsos
<input type="checkbox"/> Contrato Social e alterações / Registro de Firma Individual
<input type="checkbox"/> Guias de recolhimentos de contribuição de contribuinte individual
<input type="checkbox"/> Comprovante de inscrição de contribuinte individual.
<input type="checkbox"/> Documentos comprobatórios de atividade rural. Especificar: _____

() Outros documentos Especificar: _____

O requerente fica ciente que:

1. Estará sujeito ao pagamento das diferenças e acréscimos legais devidos, caso a Previdência Social constate, a qualquer momento, que o recolhimento foi efetuado em desacordo com a finalidade descrita, com os procedimentos do sistema ou legislação aplicável ao cálculo de contribuições em atraso.
2. Qualquer declaração falsa ou diversa da escrita sujeitará o declarante à pena prevista no art. 299 do Código Penal.

Declaro, para os devidos fins, que exerço/exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT acima referenciado, na atividade e períodos acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Local e Data: _____/_____/_____

Assinatura do Filiado/ Representante Legal

ANEXO VIII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
AUTODECLARAÇÃO DO SEGURADO ESPECIAL - RURAL
TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO CHECADAS NOS SISTEMAS OFICIAIS

1. Dados do Segurado:

NOME: _____ APELIDO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ LOCAL DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO _____ RESIDENCIAL: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____ DATA/LOCAL DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

2. Período(s) de atividade rural (dia/mês/ano):

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	CONDIÇÃO EM RELAÇÃO AO IMÓVEL*	SITUAÇÃO
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar

*Proprietário/ Possuidor/ Comodatário/ Arrendatário/ Parceiro/ Meeiro/ Usufrutuário/ Condômino/ Posseiro/ Assentado/ Acampado

No caso de exercício de atividade em regime de economia familiar, informe sua condição no grupo na data do requerimento: () Titular

() Componente

Grupo Familiar, se exerceu ou exerce a atividade em regime de economia familiar, informe os componentes do grupo familiar: NOME: _____ DN: _____

_____/_____/_____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____ DN: ____/____/____

NOME: _____

FORMA DE CESSÃO*	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	REA CEDIDA em hectare - ha

*Exemplos: Arrendamento, parceria, meação, comodato, etc.

Informe os dados da(s) terra(s), onde exerceu ou exerce a atividade rural (conforme item 2): * se exploração em condomínio, informar no campo "área total do imóvel" a área pertencente ao condômino.

Registro ITR, se possuir: _____

Nome da propriedade: _____ Município/UF: _____

rea total do imóvel (ha): _____

rea explorada pelo requerente (ha): _____

Nome do proprietário: _____ CPF do Proprietário: _____

Registro ITR, se possuir: _____

Nome da propriedade: _____ Município/UF: _____

rea total do imóvel (ha): _____

rea explorada pelo requerente (ha): _____

Nome do proprietário: _____ CPF do Proprietário: _____

Registro ITR, se possuir: _____

Nome da propriedade: _____ Município/UF: _____

rea total do imóvel (ha): _____

rea explorada pelo requerente (ha): _____

Nome do proprietário: _____ CPF do Proprietário: _____

Registro ITR, se possuir: _____

Nome da propriedade: _____ Município/UF: _____

rea total do imóvel (ha): _____

rea explorada pelo requerente (ha): _____

Nome do proprietário: _____ CPF do Proprietário: _____

Informe o que explora na atividade rural e destinação (milho, feijão, porcos, etc.)

ATIVIDADE	SUBSISTÊNCIA/VENDA

Informe se houve recolhimento de Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI sobre a venda da produção: SIM () NÃO ()

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

Possui empregado(s) ou prestador(es) de serviço: SIM () NÃO () Especificar.

NOME	CPF, se possuir	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

4. Informe se exerce ou exerceu outra atividade e/ou recebe/recebeu outra renda:

SIM () NÃO () Especificar.

ATIVIDADE/RENDA*	LOCAL	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

*Pedreiro, carpinteiro, pintor, servidor público, empregado rural, entre outros.

4.1 Informe se recebe/recebeu outra renda nas seguintes atividades: atividade turística, artística, artesanal, dirigente sindical ou de cooperativa, mandato de vereador:
SIM () NÃO ()

ATIVIDADE	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	RENDA (R\$)	OUTRAS INFORMAÇÕES*

* Para atividade artesanal, informar a origem da matéria prima.
Para mandato de vereador, informar o Município.
Para exploração de atividade turística na propriedade, indicar os dias de hospedagem por exercício.
4.2. Informe se participa de cooperativa: SIM () NÃO ()

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É AGROPECUÁRIA OU DE CRÉDITO RURAL

Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do segurado/requerente _____

--

POLEGAR DIREITO

Art. 299 do Código Penal: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

ANEXO IX

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
AUTODECLARAÇÃO DO SEGURADO ESPECIAL - PESCADOR
(TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO CHECADAS NOS SISTEMAS OFICIAIS)

1. Dados do Segurado:

NOME: _____ APELIDO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ LOCAL DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____ DATA/LOCAL DE EXPEDIÇÃO: ____/____/____

*RGP: _____ MATRÍCULA CEI/CAEPF: _____

2. Período(s) de atividade pesca (dia/mês/ano):

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	LOCAL ONDE EXERCE A ATIVIDADE*	SITUAÇÃO
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar

*Mar/ Rio/ Estuário/ Lagoa/ Açude/ Represa

No caso de exercício de atividade em regime de economia familiar, informe sua condição no grupo: () Titular
() Componente

Grupo Familiar, se exerceu ou exerce a atividade em regime de economia familiar, informe os componentes do grupo familiar: NOME: _____ DN: _____

CPF (NÚMERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (NÚMERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (NÚMERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (NÚMERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

3. Informe a condição de pescador em relação à embarcação onde exerce/exerceu a atividade:

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	CONDIÇÃO EM RELAÇÃO A EMBARCAÇÃO*	ARQUEAÇÃO BRUTA DA EMBARCAÇÃO (AB)

*Arrendatário/ Comodatário/ Meeiro/ Parceiro/ Proprietário/ Pescador Artesanal ou mariscador sem embarcação

Se o segurado for proprietário e houve arrendamento da embarcação, informar:

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

Qual o nome e CPF do(s) titular(es) da embarcação:

NOME	CPF	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

Informe a atividade pesqueira (pescador de tambaqui, pescador de ostra etc.):

ATIVIDADE	SUBSISTÊNCIA/VENDA

Informe se houve recolhimento de Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI sobre a venda da produção: SIM () NÃO ()

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

Possui empregado(s) ou prestador(es) de serviço: SIM () NÃO () Especificar.

NOME	CPF, se possuir	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

4. Informe se exerce ou exerceu outra atividade e/ou recebe/recebeu outra renda:

ATIVIDADE*	LOCAL	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

* Pedreiro, carpinteiro, pintor, servidor público, entre outros.

Informe se recebe/recebeu outra renda nas seguintes atividades: atividade turística, artística, artesanal, dirigente sindical ou de cooperativa, mandato de vereador:

SIM () NÃO ()

ATIVIDADE	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	RENDA (R\$)	OUTRAS INFORMAÇÕES*

* Para atividade artesanal, informar a origem da matéria prima.

Para mandato de vereador, informar o Município.

Para exploração de atividade turística na propriedade, indicar os dias de hospedagem por exercício.

Informe se participa de cooperativa: SIM () NÃO ()

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É AGROPECUÁRIA OU DE CRÉDITO RURAL

Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do segurado/requerente

--

POLEGAR DIREITO

Art. 299 do Código Penal: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

ANEXO X

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
AUTODECLARAÇÃO DO SEGURADO ESPECIAL - SERINGUEIRO E EXTRATIVISTA VEGETAL
TODAS AS INFORMAÇÕES SERÃO CHECADAS NOS SISTEMAS OFICIAIS

1. Dados do Segurado:

NOME: _____ APELIDO: _____

DATA DE NASCIMENTO: __/__/____ LOCAL DE NASCIMENTO: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____

MUNICÍPIO: _____ UF: _____

CPF: _____ RG: _____ DATA/LOCAL DE EXPEDIÇÃO: __/__/____

2. O requerente é/foi seringueiro ou extrativista vegetal que explorou os recursos naturais renováveis de modo sustentável (assegurando a diversidade biológica e dos ecossistemas), sendo esta atividade seu principal meio de vida.

() SIM

() NÃO

3. Período(s) de atividade extrativista (dia/mês/ano):

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	LOCAL ONDE EXERCE A ATIVIDADE	SITUAÇÃO
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar
		() Individualmente () Regime de economia familiar

No caso de exercício de atividade em regime de economia familiar, informe sua condição no grupo:

() Titular

() Componente

Grupo Familiar, se exerceu ou exerce a atividade em regime de economia familiar, informe os componentes do grupo familiar: NOME:

DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

ESTADO CIVIL: _____ PARENTESCO: _____

NOME: _____ DN: _____

CPF (Nº MERO): _____

Informe se há/houve processo de beneficiamento/industrialização artesanal com incidência de Imposto Sobre Produtos Industrializados - IPI (farinha, processamento de borracha, etc.): SIM () NÃO ()

PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

Possui empregado(s) ou prestador(es) de serviço: SIM () NÃO () Especificar.

NOME	CPF, se possuir	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

Informe se exerce ou exerceu outra atividade e/ou recebe/recebeu outra renda: SIM () NÃO () Especificar.

ATIVIDADE*	LOCAL	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)

*Pedreiro, carpinteiro, pintor, servidor público, entre outros.

Informe se recebe/recebeu outra renda nas seguintes atividades: atividade turística, artística, artesanal, dirigente sindical ou de cooperativa, mandato de vereador:
SIM () NÃO ()

ATIVIDADE	PERÍODO (xx/xx/xxxx a xx/xx/xxxx)	RENDA (R\$)	OUTRAS INFORMAÇÕES*

* Para atividade artesanal, informar a origem da matéria prima.

Para mandato de vereador, informar o Município.

Para exploração de atividade turística na propriedade, indicar os dias de hospedagem por exercício.

Informe se participa de cooperativa: SIM () NÃO ()

ENTIDADE	CNPJ	INFORMAR SE É AGROPECUÁRIA OU DE CRÉDITO RURAL

Declaro sob as penas previstas na legislação, que as informações prestadas nesta declaração são verdadeiras, estando ciente das penalidades do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: _____

Assinatura do segurado/requerente

--

POLEGAR DIREITO

Art. 299 do Código Penal: Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

ANEXO XI

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022

(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)

DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO REFERENTE AO AUXILIAR LOCAL

ÓRGÃO EMITENTE:	CNPJ:

DADOS PESSOAIS

NOME DO SERVIDOR/AGENTE PÚBLICO:	CPF:	MATRÍCULA:
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ ÓRGÃO EXPEDIDOR:		PIS/PASEP:
NOME DO PAI:		DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:		/ /

DADOS FUNCIONAIS

EMPREGO E ATIVIDADE EXERCIDOS:	DATA DE ADMISSÃO:
	/ /
DATA DE INÍCIO DAS CONTRIBUIÇÕES:	DATA DE DESLIGAMENTO:
(Preencher se diferente da data de admissão)	/ /
/ /	/ /

OBSERVAÇÕES/OCORRÊNCIAS:

--

ASSINATURA E RESPONSABILIDADE PELAS INFORMAÇÕES

Declaro que os documentos que serviram de base para a emissão desta Declaração encontram-se à disposição do INSS para eventual consulta.

Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas nem rasuras.	Visto do Dirigente do Órgão competente.
NOME:	NOME:
MATRÍCULA:	MATRÍCULA:
CARGO:	CARGO:
Local e data: _____, ____/____/____	_____ Assinatura do Dirigente do órgão competente
Assinatura do servidor que lavrou a Declaração	

ANEXO XII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022

TERMO DE OPÇÃO PELA FILIAÇÃO AO RGPS NA QUALIDADE DE SEGURADO FACULTATIVO - EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO - TOF - EME

INFORMAÇÕES B SICAS	
1. NOME:	
2. FUNÇÃO:	3. NIT/PIS/Pasep/NIS: _____ 4. CPF: _____
5. ENDEREÇO:	
6. BAIRRO/DISTRITO:	7. MUNICÍPIO: _____ 8. UF: _____
9. CEP:	10. E-MAIL: _____ 11. TELEFONE: _____
12. TERMO DE OPÇÃO:	
Solicito filiação na qualidade de segurado:	
<input type="checkbox"/> facultativo; <input type="checkbox"/> contribuinte individual; ou <input type="checkbox"/> empregado.	
Considerando o acima exposto, faço a seguinte opção:	
a) <input type="checkbox"/> manter como contribuição somente o valor retido, considerando-se como salário-de-contribuição no mês o valor recolhido dividido por 0,2 (dois décimos); ou b) <input type="checkbox"/> considerar o salário-de-contribuição pela totalidade dos valores percebidos do ente federativo, complementando os valores devidos à alíquota de 20% (vinte por cento), com acréscimo de juros e multa de mora.	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações acima e os documentos apresentados e que não foram pleiteadas por via judicial e nem compensadas OU RESTITUÍDAS as importâncias objeto da opção ora requerida.

13. LOCAL e DATA: _____, ____/____/____	14. ASSINATURA DO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL: _____
15. NOME, RG e CPF: _____	

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

INFORMAÇÕES B SICAS:

Campo 01 a 11: informar os dados cadastrais do exercente de mandato eletivo; e

Campo 12: assinalar a qualidade de segurado e, a seguir, a opção "a" ou "b".

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Campo 13: local e data do termo de opção;

Campo 14: assinatura do exercente de mandato eletivo ou de seu representante legal; e

Campo 15: nome, em letra de forma, do assinante do termo de opção, o número do seu Registro Geral - RG e do seu Cadastro de Pessoas Físicas - CPF.

ANEXO XIII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
DECLARAÇÃO DO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO

Dados do Ente Federativo	
Ente Federativo:	
CNPJ:	
Endereço:	
Dados do Exercente de Mandato Eletivo	
Nome:	
Função:	
NIT/PIS/Pasep/NIS:	
CPF:	
RG:	
Endereço residencial (completo):	
Telefone:	
Período: ____/____/____ a ____/____/____	
Para fins de opção pela filiação na qualidade de segurado: () facultativo; () contribuinte individual; ou () empregado;	
Declaro, sob as penas da Lei, que para o período acima citado e relativamente às competências contidas no "Discriminativo das Remunerações e dos Valores Recolhidos Relativos ao Exercente de Mandato Eletivo - Anexo XIV", não solicitei a restituição dos valores descontados pelo ente federativo e não exerci outra atividade determinante de filiação obrigatória ao Regime Geral de Previdência Social - RGPS ou ao Regime Próprio de Previdência Social - RPPS.	
Local: _____ Data: ____ de ____ de ____	
Assinatura do Exercente de Mandato Eletivo	

ANEXO XIV

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
DISCRIMINATIVO DAS REMUNERAÇÕES E DOS VALORES RECOLHIDOS RELATIVOS AO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO

IDENTIFICAÇÃO DO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO					
1. NOME:			2. CPF:		
IDENTIFICAÇÃO DO ENTE FEDERATIVO					
3. NOME DO ENTE FEDERATIVO:			4. CNPJ:		
5. RELAÇÃO DOS VALORES DESCONTADOS DO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO E RECOLHIDO À PREVIDÊNCIA					
Competência	Remuneração	Valor Recebido	Competência	Remuneração	Valor Recebido
fev/98			jun/01		
mar/98			jul/01		
abr/98			ago/01		
mai/98			set/01		
jun/98			out/01		
jul/98			nov/01		
ago/98			dez/01		
set/98			13º/01		
out/98			jan/02		
nov/98			fev/02		
dez/98			mar/02		
13º/98			abr/02		
jan/99			mai/02		
fev/99			jun/02		
mar/99			jul/02		
abr/99			ago/02		
mai/99			set/02		
jun/99			out/02		
jul/99			nov/02		
ago/99			dez/02		
set/99			13º/02		
out/99			jan/03		
nov/99			fev/03		
dez/99			mar/03		
13º/99			abr/03		
jan/00			mai/03		
fev/00			jun/03		
mar/00			jul/03		
abr/00			ago/03		
mai/00			set/03		
jun/00			out/03		
jul/00			nov/03		
ago/00			dez/03		
set/00			13º/03		
out/00			jan/04		
nov/00			fev/04		
dez/00			mar/04		
13º/00			abr/04		
jan/01			mai/04		
fev/01			jun/04		
mar/01			jul/04		
abr/01			ago/04		
mai/01			set/04		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:					
Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiras as informações prestadas neste anexo e os documentos apresentados e que não foram pleiteadas por via judicial e nem compensadas ou restituídas as importâncias ora requeridas.					
6. LOCAL e DATA: _____ de _____ de _____					
7. ASSINATURA DO EXERCENTE DE MANDATO ELETIVO OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL			8. ASSINATURA DO DIRIGENTE DO ENTE FEDERATIVO		
9. NOME e RG:			10. NOME, CARGO, MATRÍCULA e RG:		

ANEXO XV

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)
CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

Nº		CNPJ:	
ÓRGÃO EXPEDIDOR:			
NOME DO SERVIDOR:		SEXO:	
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR:		MATRÍCULA:	
CPF:		PIS/PASEP:	
FILIAÇÃO:		DATA DE NASCIMENTO:	

CARGO EFETIVO:		
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:	DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE EXONERAÇÃO/DEMISSÃO:

PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO:
 DE ____/____/____ A ____/____/____
 DESTINAÇÃO DO TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO:
 PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____ PARA APROVEITAMENTO NO ____ (ÓRGÃO A QUE SE DESTINA)
 PERÍODO DE ____/____/____ A ____/____/____ PARA APROVEITAMENTO NO ____ (ÓRGÃO A QUE SE DESTINA)

FREQUÊNCIA

ANO	TEMPO BRUTO	DEDUÇÕES				TEMPO LÍQUIDO
		FALTAS (*)	LICENÇAS (*)	LICENÇA SEM VENCIMENTOS (*)	SUSPENSÕES (*)	
TOTAL (em dias)						

(*) Vide períodos discriminados no verso

CERTIFICO, em face do apurado, que o interessado conta, de efetivo exercício prestado neste Órgão, o tempo de contribuição de ____ dias, correspondente a ____ anos, ____ meses e dias.
 CERTIFICO que a Lei nº ____, de ____/____/____, assegura aos Servidores do Estado/ Município de _____ 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 14/07/1975, com alteração dada pela Lei Federal nº 6.864, de 01/12/1980.

Lavrei a Certidão, que não contém emendas nem rasuras.	Visto do Dirigente do Órgão
Local e data: _____	Data: ____/____/____
Assinatura do servidor	Assinatura
Nome/Cargo/Matrícula	Nome/Cargo/Matrícula

UNIDADE GESTORA DO RPPS

HOMOLOGO a presente Certidão de Tempo de Contribuição e declaro que as informações nela constantes correspondem à verdade.
 Local e data: _____
 Assinatura e carimbo do Dirigente da UG

Endereço eletrônico para confirmação desta Certidão: _____
 [Verso da Certidão de Tempo de Contribuição nº _____]

FREQUÊNCIA - DISCRIMINAÇÃO DAS DEDUÇÕES DO TEMPO BRUTO		
Períodos	Tempo em dias	Identificação da ocorrência
DE ____/____/____ A ____/____/____		

TEMPO ESPECIAL INCLuíDO, SEM CONVERSÃO, COMPREENDIDO NESTA CERTIDÃO (Parágrafo único do Art. 5º da Portaria MPS nº 154/2008):

Período	Tempo em dias
I - Exercido na condição de pessoa com deficiência:	
a) grave	DE ____/____/____ A ____/____/____
b) moderada	DE ____/____/____ A ____/____/____
c) leve	DE ____/____/____ A ____/____/____
II - Exercido em atividades de risco:	DE ____/____/____ A ____/____/____
III - Exercido em atividades sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física:	DE ____/____/____ A ____/____/____

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do servidor que lavrou a certidão	Assinatura do Dirigente do Órgão
Nome/Cargo/Matrícula	Nome/Cargo/Matrícula

ANEXO XVI

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
 ENQUADRAMENTO DE ATIVIDADE ESPECIAL

PERÍODO TRABALHADO	ENQUADRAMENTO
Até 28/04/1995	Quadro Anexo ao Decreto nº 53.831, de 1964. Anexos I e II do RBPS, aprovado pelo Decreto nº 83.080, de 1979. Formulário; CP/CTPS; LTCAT, obrigatoriamente para o agente físico ruído.
De 29/04/1995 a 13/10/1996	Código 1.0.0 do Quadro Anexo ao Decreto nº 53.831, de 1964. Anexo I do RBPS, aprovado pelo Decreto nº 83.080, de 1979. Formulário; LTCAT ou demais Demonstrações Ambientais, obrigatoriamente para o agente físico ruído.
De 14/10/1996 a 05/03/1997	Código 1.0.0 do Quadro Anexo ao Decreto nº 53.831, de 1964. Anexo I do RBPS, aprovado pelo Decreto nº 83.080, de 1979. Formulário; LTCAT ou demais Demonstrações Ambientais, para todos os agentes nocivos.
De 06/03/1997 a 31/12/1998	Anexo IV do RBPS, aprovado pelo Decreto nº 2.172, de 1997. Formulário; LTCAT ou demais Demonstrações Ambientais, para todos os agentes nocivos.
De 1º/01/1999 a 6/5/1999	Anexo IV do RBPS, aprovado pelo Decreto nº 2.172, de 1997. Formulário; LTCAT ou demais Demonstrações Ambientais, para todos os agentes nocivos, que deverão ser confrontados com as informações relativas ao CNIS para homologação da contagem do tempo de serviço especial, nos termos do art. 19 e do § 2º do art. 68 do RPS.
De 07/05/1999 a 31/12/2003	Anexo IV do RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 1999. Formulário; LTCAT ou demais Demonstrações Ambientais, para todos os agentes nocivos, que deverão ser confrontados com as informações relativas ao CNIS para homologação da contagem do tempo de serviço especial, nos termos do art. 19 e § do 2º do art. 68 do RPS.
A partir de 1º/1/2004	Anexo IV do RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 1999. Formulário Perfil Profissiográfico Previdenciário, que deverá ser confrontado com as informações relativas ao CNIS para homologação da contagem do tempo de serviço especial, nos termos do art. 19 e do § 2º do art. 68 do RPS.

ANEXO XVII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP

DADOS ADMINISTRATIVOS																			
1 - CNPJ do Domicílio Tributário/CEI/CAEPF/CNO				2 - Nome Empresarial				3 - CNAE											
4 - Nome do Trabalhador				5 - BR/PDH				6 - CPF											
7 - Data de Nascimento		8 - Sexo (F/M)		9 - Matrícula do Trabalhador no eSocial				10 - Data de Admissão		11 - Regime Revezamento									
12 - CAT REGISTRADA																			
12.1 - Data do Registro			12.2 - Data do Registro			12.1 - Data do Registro			12.2 - Data do Registro										
13 - LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO																			
13.1 - Período		13.2 - CNPJ/CEI/CAEPF/CNO		13.3 - Setor		13.4 - Cargo		13.5 - Função		13.6 - CBO		13.7 - Código GFIP/eSocial							
/ / a																			
/ / a																			
/ / a																			
/ / a																			
14 - PROFISSIOGRAFIA																			
14.1 - Período				14.2 - Descrição das Atividades															
/ / a / /																			
/ / a / /																			
/ / a / /																			
/ / a / /																			
REGISTROS AMBIENTAIS																			
15 - EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS																			
15.1 - Período		15.2 - Tipo		15.3 - Fator de Risco		15.4 - Intensidade/Concentração		15.5 - Técnica Utilizada		15.6 - EPC Eficaz (S/N)		15.7 - EPI Eficaz (S/N)		15.8 - CA EPI		15.9 - Atendimento aos requisitos das NR-06 e NR-01 do MTP pelos EPIs informados (*)			
/ / a																			
/ / a																			
/ / a																			
/ / a																			
/ / a																			
/ / a																			
* Legenda do item 15.9:																			
Medida de Proteção: Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo Equipamento de Proteção Individual - EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial?																			
Condição de Funcionamento do EPI: Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições?																			
Prazo de Validade do EPI: Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação - CA do MTP?																			
Periodicidade da Troca do EPI: Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria?																			
Higienização do EPI: Foi observada a higienização?																			
16. RESPONSABILIDADES PELOS REGISTROS AMBIENTAIS																			
16.1 - Período				16.2 - CPF				16.3 Registro Conselho de Classe				16.4 Nome do profissional legalmente habilitado							
/ / a / /																			
/ / a / /																			
/ / a / /																			
/ / a / /																			
RESPONSABILIDADES PELAS INFORMAÇÕES																			
Declaramos, para todos fins de direito, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e foram transcritas fielmente dos registros administrativos, das demonstrações ambientais e dos programas médicos de responsabilidade da empresa. É de nosso conhecimento que a prestação de informações falsas neste documento constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do art. 297 do Código Penal e, também, que tais informações são de caráter privativo do trabalhador, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995, práticas discriminatórias decorrentes de sua exigibilidade por outrem, bem como de sua divulgação para terceiros, ressalvado quando exigida pelos órgãos públicos competentes.																			
17 - Data da Emissão do PPP				18 - Representante Legal da Empresa															
/ /				18.1 - NIT do Representante Legal				18.2 - Nome do Representante Legal											
				(Carimbo da Empresa)				(Assinatura física ou eletrônica)											
OBSERVAÇÕES																			

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO PPP

CAMPO	DESCRIÇÃO	INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO
DADOS ADMINISTRATIVOS		
1	CNPJ do Domicílio Tributário/ CEI/ CAEPF/CNO	CNPJ relativo ao estabelecimento escolhido como domicílio tributário, nos termos do art. 127 do CTN, no formato XXXXXXXX/XXXX-XX; ou Matrícula no Cadastro Específico do INSS (Matrícula CEI) relativa à obra realizada por Contribuinte Individual ou ao estabelecimento escolhido como domicílio tributário que não possua CNPJ, no formato XX.XXX.XXXXX/XX, ambos compostos por caracteres numéricos; ou Cadastro das Atividades Econômicas das Pessoas Físicas (CAEPF) ou Cadastro Nacional de Obras (CNO) do empregador no formato, respectivamente, XXX.XXX.XXX/XXX-XX e XX.XXX.XXXXX/XX.
2	NOME EMPRESARIAL	Até quarenta caracteres alfanuméricos.
3	CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas da Empresa - CNAE, completo, com sete caracteres numéricos, no formato XXXXX-X, instituído pelo IBGE por meio da Resolução CONCLA nº 07, de 16 de dezembro de 2002. A tabela de códigos CNAE - Fiscal pode ser consultada na internet, no site www.cnae.ibge.gov.br
4	NOME DO TRABALHADOR	Até quarenta caracteres alfabéticos.
5	BR/PDH	BR - Beneficiário Reabilitado; PDH - Portador de Deficiência Habilitado; NA - Não Aplicável. Preencher com base no art. 93 da Lei nº 8.213, de 1991, que estabelece a obrigatoriedade do preenchimento dos cargos de empresas com cem ou mais empregados com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção: I - até 200 empregados 2%; II - de 201 a 500 3%;

		III - de 501 a 1.000 4%; IV - de 1.001 em diante 5%.
6	CPF	Número de Cadastro da Pessoa Física com onze caracteres numéricos, no formato XXX.XXX.XXX-XX.
7	DATA DO NASCIMENTO	No formato DD/MM/AAAA
8	SEXO (F/M)	F - Feminino; M - Masculino
9	MATRÍCULA DO TRABALHADOR NO eSOCIAL	Número único composto pelo código da empresa e pelo número do empregado.
10	DATA DE ADMISSÃO	No formato DD/MM/AAAA
11	REGIME DE REVEZAMENTO	Regime de Revezamento de Trabalho, para trabalhos em turnos ou escala, especificando tempo trabalhado e tempo de descanso, com até quinze caracteres alfanuméricos. Exemplo: 24 x 72 horas; 14 x 21 dias; 2 x 1 meses. Se inexistente, preencher com NA - Não Aplicável.
12	CAT REGISTRADA	Informações sobre as Comunicações de Acidente do Trabalho registradas pela empresa na Previdência Social, nos termos do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991, do art. 169 da CLT, do art. 336 do RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 1999, do item 7.4.8, alínea "a", da NR-07 do MTP e dos itens 4.3 e 6.1 do Anexo 13-A da NR-15 do MTP, disciplinado pela Portaria MPAS nº 5.051, de 1999, que aprova o Manual de Instruções para Preenchimento da CAT.
12.1	DATA DO REGISTRO	No formato DD/MM/AAAA.
12.2	NÚMERO DA CAT	Com treze caracteres numéricos, com formato XXXXXXXXX-X/XX. Os dois últimos caracteres correspondem a um número sequencial relativo ao mesmo acidente, identificado por NIT, CNPJ e data do acidente.
13	LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO	Informações sobre o histórico de lotação e atribuições do trabalhador, por período. A alteração de qualquer um dos campos - 13.2 a 13.7 - implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período, repetindo as informações que não foram alteradas.
13.1	PERÍODO	Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida.
13.2	CNPJ/CEI/CAEPF/CNO	Local onde efetivamente o trabalhador exerce suas atividades. Deverá ser informado o CNPJ do estabelecimento de lotação do trabalhador ou da empresa tomadora de serviços, no formato XXXXXXXX/XXXX-XX ou Matrícula CEI da obra ou do estabelecimento que não possua CNPJ, no formato XX.XXX.XXXXX/XX, ou o Cadastro das Atividades Econômicas das Pessoas Físicas (CAEPF), no formato XXX.XXX.XXX/XXX-XX ou o Cadastro Nacional de Obras (CNO) do empregador no formato XX.XXX.XXXXX/XX.
13.3	SETOR	Lugar administrativo na estrutura organizacional da empresa, onde o trabalhador exerce suas atividades laborais, com até quinze caracteres alfanuméricos.
13.4	CARGO	Cargo do trabalhador, constante na CTPS, se empregado ou trabalhador avulso, ou constante no Recibo de Produção e Livro de Matrícula, se cooperado, com até trinta caracteres alfanuméricos.
13.5	FUNÇÃO	Lugar administrativo na estrutura organizacional da empresa, onde o trabalhador tenha atribuição de comando, chefia, coordenação, supervisão ou gerência. Quando inexistente a função, preencher com NA - Não Aplicável, com até trinta caracteres alfanuméricos.
13.6	CBO	Classificação Brasileira de Ocupação - CBO vigente à época, com seis caracteres numéricos: 1 - No caso de utilização da tabela CBO relativa a 1994, utilizar a CBO completa com cinco caracteres, completando com "0" (zero) a primeira posição; 2 - No caso de utilização da tabela CBO relativa a 2002, utilizar a CBO completa com seis caracteres. Alternativamente, pode ser utilizada a CBO, com cinco caracteres numéricos, conforme Manual da GFIP para usuários do SEFIP: 1 - No caso de utilização da tabela CBO relativa a 1994, utilizar a CBO completa com cinco caracteres. 2 - No caso de utilização da tabela CBO relativa a 2002, utilizar a família do CBO com quatro caracteres, completando com "0" (zero) a primeira posição. A tabela de CBO pode ser consultada na internet, no site http://cbo.maisemprego.mte.gov.br/cbsite/pages/home.jsf OBS.: Após a alteração da GFIP, somente será aceita a CBO completa, com seis caracteres numéricos, conforme a nova tabela CBO relativa a 2002.
13.7	CÓDIGO DE OCORRÊNCIA DA GFIP	Código Ocorrência da GFIP para o trabalhador, com dois caracteres numéricos, conforme Manual da GFIP para usuários do SEFIP.
14	PROFISSIOGRAFIA	Informações sobre a profissiografia do trabalhador, por período. A alteração do campo 14.2 implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período.
14.1	PERÍODO	Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida.
14.2	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	Descrição das atividades, físicas ou mentais, realizadas pelo trabalhador, por força do poder de comando a que se submete, com até quatrocentos caracteres alfanuméricos. As atividades deverão ser descritas com exatidão e de forma sucinta, com a utilização de verbos no infinitivo impessoal.
REGISTROS AMBIENTAIS		
15	EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS	Informações sobre a exposição do trabalhador a fatores de riscos ambientais, por período, ainda que estejam neutralizados, atenuados ou exista proteção eficaz. Facultativamente, também poderão ser indicados os fatores de riscos ergonômicos e mecânicos. A alteração de qualquer um dos campos - 15.2 a 15.8 - implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período, repetindo as informações que não foram alteradas. OBS.: Após a implantação da migração dos dados do PPP em meio magnético pela Previdência Social, as informações relativas aos fatores de riscos ergonômicos e mecânicos passarão a ser obrigatórias.
15.1	PERÍODO	Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida.
15.2	TIPO	F - Físico; Q - Químico; B - Biológico; E - Ergonômico/Psicossocial, M - Mecânico/de Acidente, conforme classificação adotada pelo Ministério da Saúde, em "Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde", de 2001. A indicação do Tipo "E" e "M" é facultativa. O que determina a associação de agentes é a superposição de períodos com fatores de risco diferentes.
15.3	FATOR DE RISCO	Descrição do fator de risco, com até quarenta caracteres alfanuméricos. Em se tratando do Tipo "Q", deverá ser informado o nome da substância ativa, não sendo aceitas citações de nomes comerciais.
15.4	INTENSIDADE / CONCENTRAÇÃO	Intensidade ou Concentração, dependendo do tipo de agente, com até quinze caracteres alfanuméricos. Caso o fator de risco não seja passível de mensuração, preencher com NA - Não Aplicável.
15.5	TÉCNICA UTILIZADA	Técnica utilizada para apuração do item 15.4, com até quarenta caracteres alfanuméricos. Caso o fator de risco não seja passível de mensuração, preencher com NA - Não Aplicável.
15.6	EPC EFICAZ (S/N)	S - Sim; N - Não, considerando se houve ou não a eliminação ou a neutralização, com base no informado nos itens 15.2 a 15.5, asseguradas as condições de funcionamento do EPC ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante e respectivo plano de manutenção.
15.7	EPI EFICAZ (S/N)	S - Sim; N - Não, considerando se houve ou não a atenuação, com base no informado nos itens 15.2 a 15.5, observado o disposto na NR-06 do MTP, assegurada a observância:

		<p>1. da hierarquia estabelecida no item 9.3.5.4 da NR-01 do MTP (medidas de proteção coletiva, medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho e utilização de EPI, nesta ordem, admitindo-se a utilização de EPI somente em situações de inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade à implementação do EPC, ou ainda em caráter complementar ou emergencial);</p> <p>2. das condições de funcionamento do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições de campo;</p> <p>3. do prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação do MTP;</p> <p>4. da periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, devendo esta ser comprovada mediante recibo; e</p> <p>5. dos meios de higienização.</p>
15.8	C.A. EPI	Número do Certificado de Aprovação do MTP para o Equipamento de Proteção Individual referido no campo 154.7, com cinco caracteres numéricos. Caso não seja utilizado EPI, preencher com NA - Não Aplicável.
15.9	ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DAS NR-06 E NR-01 DO MTP PELOS EPI INFORMADOS	<p>Observação do disposto na NR-06 do MTP, assegurada a observância:</p> <p>1. da hierarquia estabelecida no item 9.3.5.4 da NR-01 do MTP (medidas de proteção coletiva, medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho e utilização de EPI, nesta ordem, admitindo-se a utilização de EPI somente em situações de inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade à implementação do EPC, ou ainda em caráter complementar ou emergencial);</p> <p>2. das condições de funcionamento do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições de campo;</p> <p>3. do prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação do MTP;</p> <p>4. da periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, devendo esta ser comprovada mediante recibo; e</p> <p>5. dos meios de higienização.</p>
16	RESPONS VEIS PELOS REGISTROS AMBIENTAIS	Informações sobre os responsáveis pelos registros ambientais, por período.
16.1	PERÍODO	Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, sem alteração do responsável, a data de fim do último período não deverá ser preenchida.
16.2	CPF	Número de Cadastro da Pessoa Física com onze caracteres numéricos, no formato XXX.XXX.XXX-XX.
16.3	REGISTRO CONSELHO DE CLASSE	Número do registro profissional no Conselho de Classe, com nove caracteres alfanuméricos, no formato XXXXXX-X/XX ou XXXXXX/XX. A parte "-X" corresponde à D - Definitivo ou P - Provisório. A parte "/XX" deve ser preenchida com a UF, com dois caracteres alfabéticos. A parte numérica deverá ser completada com zeros à esquerda.
16.4	NOME DO PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO	Até quarenta caracteres alfabéticos.
RESPONS VEIS PELAS INFORMAÇÕES		
17	DATA DE EMISSÃO DO PPP	Data em que o PPP é impresso e assinado pelos responsáveis, no formato DD/MM/AAAA.
18	REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA	Informações sobre o Representante Legal da empresa.
18.1	NIT DO REPRESENTANTE LEGAL	NIT do representante legal da empresa com onze caracteres numéricos, no formato XXX.XXXXX.XX-X. O NIT corresponde ao número do PIS/PASEP/CI, sendo que, no caso de CI, pode ser utilizado o número de inscrição no SUS ou na Previdência Social.
18.2	NOME DO REPRESENTANTE LEGAL	Até quarenta caracteres alfabéticos.
	CARIMBO DA EMPRESA E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL	Carimbo da empresa e assinatura, física ou eletrônica, do Representante Legal.
OBSERVAÇÕES		
Devem ser incluídas neste campo informações necessárias à análise do PPP, bem como facilitadoras do requerimento do benefício, como por exemplo: esclarecimento sobre alteração de razão social da empresa, no caso de sucessora ou indicador de empresa pertencente a grupo econômico. OBS.: É facultada a inclusão de informações complementares ou adicionais ao PPP.		

ANEXO XVIII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
TABELA DE CONVERSÃO - LEI COMPLEMENTAR Nº 142, DE 2013

Tempo a converter	Multiplicadores	MULHER		
		Para 20	Para 24	Para 28
De 20 anos	1,00	1,20	1,40	1,50
De 24 anos	0,83	1,00	1,17	1,25
De 28 anos	0,71	0,86	1,00	1,07
De 30 anos	0,67	0,80	0,93	1,00

Tempo a converter	Multiplicadores	HOMEM		
		Para 25	Para 29	Para 33
De 25 anos	1,00	1,16	1,32	1,40
De 29 anos	0,86	1,00	1,14	1,21
De 33 anos	0,76	0,88	1,00	1,06
De 35 anos	0,71	0,83	0,94	1,00

ANEXO XIX

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
Lei Complementar nº 142, de 2013
TABELA DE CONVERSÃO - ATIVIDADE ESPECIAL

Tempo a converter	MULHER				
	Para 15	Para 20	Para 24	Para 25	Para 28
De 15 anos	1,00	1,33	1,60	1,67	1,87
De 20 anos	0,75	1,00	1,20	1,25	1,40
De 24 anos	0,63	0,83	1,00	1,04	1,17
De 25 anos	0,60	0,80	0,96	1,00	1,12
De 28 anos	0,54	0,71	0,86	0,89	1,00

Tempo a converter	HOMEM				
	Para 15	Para 20	Para 25	Para 29	Para 33
De 15 anos	1,00	1,33	1,67	1,93	2,20
De 20 anos	0,75	1,00	1,25	1,45	1,65
De 25 anos	0,60	0,80	1,00	1,16	1,32
De 29 anos	0,52	0,69	0,86	1,00	1,14
De 33 anos	0,45	0,61	0,76	0,88	1,00

ANEXO XX

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
TABELA DE REFERÊNCIA MONETÁRIA PARA FINS DE PÉCUNIA

PERÍODO	MOEDA
De fevereiro de 1967 a maio de 1970	CRUZEIRO NOVO - NCr\$
De junho de 1970 a fevereiro de 1986	CRUZEIRO - Cr\$
De março de 1986 a janeiro de 1989	CRUZADO - Cz\$
De fevereiro de 1989 a fevereiro de 1990	CRUZADO NOVO - NCz\$
De março de 1990 a julho de 1993	CRUZEIRO - Cr\$
De agosto de 1993 a junho de 1994	CRUZEIRO REAL - CR\$
De julho de 1994 em diante	REAL - R\$

ANEXO XXI

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022
DECLARAÇÃO DO JOGADOR DE FUTEBOL
DECLARAÇÃO DO RENDIMENTO ANUAL, ANO: _____

Eu, _____ (nome do(a) requerente), nascido(a) em ____/____/____, titular do CPF nº _____, declaro para fins do disposto no § 3º do art. 1º da Portaria Interministerial MPS/ME nº 598, de 20 de dezembro de 2012, que, estou desobrigado(a) da apresentação da Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física.

Dessa forma, DECLARO a seguir o valor relativo ao meu rendimento anual decorrente de:

- Benefício de _____ recebido do Regime Geral de Previdência Social - RGPS, no valor anual de R\$ _____;

- Benefício de _____ recebido do Regime Próprio de Previdência Social - RPPS, em razão do vínculo com o órgão: _____, no valor anual de R\$ _____;

- Qualquer outra renda auferida - valor anual de R\$ _____;

Declaro, sob as penas do art. 299 do Código Penal, serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Local e Data: _____

Assinatura e identificação do (a) requerente ou representante legal

Esta declaração deverá ser preenchida para cada beneficiário do Auxílio Especial Mensal aos Jogadores Titulares e Reservas das Seleções Brasileiras Campeãs das Copas Mundiais - Lei nº 12.663, de 5 de junho de 2012 acompanhada dos documentos comprobatórios do que nela for declarado.

2 - Nome Indígena ou Apelido - nome como é conhecido costumeiramente ou como é chamado ou atende o trabalhador.

3 - Estado Civil - solteiro, casado, divorciado, viúvo ou vive em união estável (companheiro).

4 - Nome do cônjuge - informar o nome do cônjuge ou companheiro (a).

5 - Etnia - informar a qual tribo ou etnia pertence o trabalhador.

6 - Endereço de residência - Endereço onde reside o segurado.

7 - Município - Município de residência do segurado.

8 - UF - UF de residência do segurado.

9 - Pontos de referência - neste campo, prestar informações esclarecedoras relacionadas ao endereço e localização do trabalhador

10 - Data do nascimento - informar a data de nascimento do trabalhador (dia, mês e ano).

11 - Naturalidade - informar o nome da cidade em que nasceu o trabalhador.

12 - Nacionalidade - se o trabalhador é brasileiro ou estrangeiro (país de origem).

13 - Filiação - informar o nome completo do pai e da mãe do trabalhador.

14 - Identidade - informar o número completo do documento de identidade do trabalhador.

15 - Órgão Emissor - informar qual o órgão emissor do documento de identidade.

16 - Data de expedição - informar qual a data em que foi expedido o documento de identidade.

17 - CPF - informar o número do Cadastro de Pessoa Física do trabalhador.

II - DADOS RELACIONADOS AO EXERCÍCIO DE ATIVIDADE

18 - Informar com um "X" se o trabalhador exerce ou exerceu suas atividades individualmente (sozinho) ou em regime de economia familiar (com a família).

19 - Nome da aldeia ou local de trabalho - informar o endereço onde o trabalhador exerce ou exerceu suas atividades.

20 - Período - informar o período trabalhado (dia, mês e ano), (mês e ano) ou (ano).

21 - Terra indígena - informar o nome da terra indígena onde o segurado exerce ou exerceu suas atividades.

III - INFORMAÇÕES SOBRE A ATIVIDADE EXERCIDA

22 - Atividade desenvolvida pelo trabalhador - informar neste campo quais os tipos de atividades ou trabalhos (serviços) são executados pelo trabalhador (se envolve a pesca, o extrativismo, a agricultura, a pecuária, etc.). Em relação às terras trabalhadas pelo índio: se eram em área da aldeia, se eram de sua propriedade; estavam sob sua posse, ou foi-lhe permitido o usufruto; ou se pertenciam a um terceiro, a mesma foi explorada pelo trabalhador por meio de contratos de: arrendamento, parceria, comodato, meação (informar quando esse evento ocorreu, ou seja, o contrato de arrendamento, de parceria).

Mesma situação no caso de pescadores. Em relação às tarefas: se foram desempenhadas junto ou por meio de empregado (s), em regime de economia familiar, individualmente, como bóia-fria, temporário, safrista, etc.).

23 - Forma como as atividades foram desempenhadas - se individual, em regime de economia familiar, com contratação de mão de obra, etc.

24 - Produtos cultivados, extraídos ou capturados pelo trabalhador e o fim a que se destina - informar neste campo quais tipos de produtos são colhidos ou produzidos pelo trabalho desenvolvido e se os referidos produtos são comercializados ou destinam-se ao consumo próprio.

25 - Registros que atestam que o trabalhador exerceu ou exerce atividade rural - informar neste campo se existe algum documento em nome do trabalhador onde conste sua profissão ou se existe junto ao Órgão da FUNAI algum tipo de registro de controle sobre os trabalhos desenvolvidos pelo indígena ou comercialização dos produtos, contratação da mão de obra do mesmo por terceiros.

IV - OUTRAS INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO TRABALHADOR

26 - Informar neste campo qualquer outro tipo de informação referente ao trabalhador, julgada necessária e não contemplada nos demais campos (exemplo: se o trabalhador exerceu em algum período, outro tipo de atividade - ex: urbana - e para qual empresa - de natureza jurídica ou pessoa física; se o trabalhador esteve vinculado ou trabalhou em outras aldeias, glebas, cidades, estados, etc.).

V - DADOS DO REPRESENTANTE DA FUNAI

27 - EU - informar neste campo o nome completo do responsável designado para prestar as informações contidas nesta certidão.

28 - Cargo/Função Administrativa - no caso de tratar-se de servidor/funcionário lotado no Órgão da FUNAI, informar a função ou o cargo.

29 - Matrícula - informar o número de identificação funcional.

30 - Portaria/nº - informar neste campo o número da portaria emitida pelo Órgão da FUNAI que designou ou autorizou o declarante a representar e prestar as informações.

31 - Cargo/Função do Representante na Organização da Tribo (Pajé/Cacique) - informar neste campo o cargo do responsável pelas informações quando tratar-se de representante indígena devidamente autorizado para esse fim.

32 - CPF - informar o número do CPF do responsável pelas informações contidas na certidão.

33 - RG - informar o número da identificação do responsável pelas informações contidas na Certidão.

34 - Órgão Emissor - informar o órgão emissor do documento de identificação.

35 - Data de expedição - informar a data da emissão do documento de identificação.

36 - Endereço - informar o endereço completo do responsável (para correspondência), contendo indicações da rua, avenida, aldeia, gleba, etc.

37 - Cidade - informar o nome da cidade onde reside o responsável.

38 - UF - informar o estado onde reside o responsável.

39 - Data - informar a data de emissão da certidão.

40 - Assinatura - constar a assinatura do responsável.

NOTA: no caso do espaço contido nos campos ser insuficiente para dispor as informações necessárias, poderá ser anexado complemento ao Formulário.

ANEXO XXVI

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022

REVALIDAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE MENSALIDADE

ASSOCIATIVA

Entidade: _____ CNPJ nº: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ E-mail: _____

REVALIDAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO

EU

brasileiro (a), nascido (a) na data de ____/____/____, Sexo: () Masculino () Feminino, portador (a) do CPF nº _____, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à

Município _____ UF _____ CEP _____, portador (a) do benefício nº _____ Espécie nº _____, sócio do (a) _____ Sob o nº _____, AUTORIZO o (a) mesmo (a)

a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS a REVALIDAÇÃO do desconto da mensalidade de sócio firmada em oportunidade anterior, com respaldo no disposto no § 6º do art. 115 da Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991.

Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a próxima revalidação deverá ocorrer na competência: ____/____/____.

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Revalidação da Autorização.

Local e Data _____/____/____

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

ANEXO XXVII

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, DE 28 DE MARÇO DE 2022

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob nº _____, pelo presente Termo de Responsabilidade, exercendo a representação indicada abaixo, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a representação do(s) beneficiário(s) relacionado(s) a seguir, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o evento ocorra. Os eventos a comunicar são: óbito do titular/dependente do benefício ou cessação da representação legal.

Estou ciente de que o descumprimento do compromisso ora assumido, além da obrigação à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, estarei sujeito às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Beneficiários:

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Qualidade da representação:

() Tutor Nato () Tutor Legal

() Curador () Responsável Termo de Guarda

() Administrador Provisório () Procurador

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____