

FREDERICO AMADO

PRÁTICA
PREVIDENCIÁRIA
ADMINISTRATIVA

NA AGÊNCIA DO INSS E NO CRPS

8ª edição | revista, ampliada e atualizada

2026

 EDITORA
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

ATOS PROCESSUAIS Comentados EM ESPÉCIE NO PROCESSO ADMINISTRATIVO PREVIDENCIÁRIO E ASSISTENCIAL

O objetivo deste Capítulo 3 é apresentar os formulários administrativos comentados utilizados pela Previdência Social e pelos beneficiários no processo administrativo inerente aos benefícios previdenciários e assistenciais concedidos pelo INSS, apontando a sua finalidade e previsão normativa.

1. DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DO ENVIO DE DADOS TRABALHISTAS E PREVIDENCIÁRIOS PELO ESOCIAL E INFORMAÇÃO DOS NÚMEROS DOS RECIBOS ELETRÔNICOS

Fundamento: Quando inexistir o vínculo no CNIS, ou constar com pendências ou divergências de dados, mas não for extemporâneo, o empregado poderá apresentar comprovante contendo o número do recibo eletrônico emitido pelo eSocial, acompanhado de declaração, com a devida assinatura e identificação do responsável pelas informações, podendo ser utilizado, para tanto, o modelo “Declaração de Confirmação do Envio de Dados Trabalhistas e Previdenciários pelo eSocial e Informação dos Números dos Recibos Eletrônicos” constante do Anexo II, para fins de solicitação junto ao INSS, para que tome providências quanto à disponibilização das informações correspondentes, provenientes do eSocial, no CNIS. Caso não conste o número do recibo eletrônico emitido pelo eSocial no contracheque ou recibo de pagamento, o empregado deverá apresentar, juntamente com o documento, comprovante contendo o número do recibo eletrônico emitido pelo eSocial, acompanhado de declaração, com a devida assinatura e identificação do responsável pelas informações, podendo ser utilizado o modelo “Declaração de Confirmação do Envio de Dados Trabalhistas e Previdenciários pelo eSocial e Informação dos Números dos Recibos Eletrônicos” constante do Anexo II, para fins de solicitação junto ao INSS, para que tome providências quanto à disponibilização das informações correspondentes, provenientes do eSocial, no CNIS:

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 ELETRÔNICOSIDENTIFICAÇÃO 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:

INFORMAÇÕES TRABALHISTAS:

TIPO DE CONTRATO	
() EMPREGADO URBANO	() Contrato de trabalho: _____ () Contrato de trabalho intermitente
() 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: _____
() EMPREGADO DOMÉSTICO	OBSERVAÇÕES: _____ _____
() 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 nº 128/PRES/INSS, 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.
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.

2. DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DO ENVIO DE DADOS TRABALHISTAS E PREVIDENCIÁRIOS DO TRABALHADOR AVULSO PELO ESOCIAL

Fundamento: Caso não conste o número do recibo eletrônico emitido pelo eSocial no contracheque ou recibo de pagamento, o trabalhador avulso deverá apresentar, juntamente com o documento, comprovante contendo o número do recibo eletrônico emitido pelo eSocial, acompanhado de declaração, com a devida assinatura e identificação do responsável pelas informações, podendo ser utilizado o modelo “Declaração de Confirmação do Envio de Dados Trabalhistas e Previdenciários do Trabalhador Avulso pelo eSocial e Informação dos Números dos Recibos Eletrônicos” constante do Anexo III, para fins de solicitação junto ao INSS para que tome providências quanto à disponibilização das informações correspondentes, provenientes do eSocial, no CNIS:

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:	PORTUÁRIO ()	NÃO PORTUÁRIO ()

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 REMUNERAÇÕES:

ANO: _____ COMPETÊNCIA	REMUNERAÇÃO BASE DE CÁLCULO PARA A PREVIDÊNCIA SOCIAL	NÚMERO DO RECIBO DO EVEN- TO DE REMUNERAÇÃO DO eSOCIAL
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

(responsável pelo órgão gestor de mão de obra ou sindicato)

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. Esta declaração somente poderá ser utilizada para os fins especificados na Instrução Normativa nº 128/PRES/INSS, 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 serviços a empresa/cooperativa.

3. DECLARAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO AO RGPS – DTC

Fundamento: A comprovação junto ao INSS do tempo de contribuição do agente público de qualquer dos entes federativos, inclusive suas Autarquias e Fundações de direito público, em cujo período foi vinculado ao RGPS, na categoria de empregado, como servidor detentor, exclusivamente, de cargo de livre nomeação e exoneração, ou servidor titular de cargo, emprego ou função, dar-se-á mediante a apresentação de documento comprobatório do vínculo funcional, tais como ato de nomeação e exoneração, dentre outros, acompanhado da Declaração de Tempo de Contribuição ao RGPS – DTC, fornecida pelo órgão público ou entidade oficial, na forma do modelo constante no Anexo IV:

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:	CPF:	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	__/__/____	__/__/____		<input type="checkbox"/> Efetivo/Estável <input type="checkbox"/> Comissionado/Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Contratado
2	__/__/____	__/__/____		<input type="checkbox"/> Efetivo/Estável <input type="checkbox"/> Comissionado/Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Contratado

3	___/___/___	ATÉ A PRESENTE DATA	<input type="checkbox"/> Efetivo/Estável <input type="checkbox"/> Comissionado/Mandato Eletivo <input type="checkbox"/> Contratado
---	-------------	---------------------	--

INFORMAÇÕES ADICIONAIS/OCORRÊNCIAS

LICENÇAS/ AFASTAMENTO	<p>No(s) período(s) acima discriminado(s), houve licença não-remunerada ou afastamento, que acarretasse na suspensão do contrato de trabalho?</p> <input type="checkbox"/> NÃO. <input type="checkbox"/> 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	<p>Os seguintes documentos que serviram de base à presente Declaração foram:</p> <input type="checkbox"/> Atos de nomeação e exoneração. <input type="checkbox"/> Contrato de Trabalho, registros em CTPS ou ficha funcional contemporâneos. <input type="checkbox"/> Folhas de pagamento ou ficha financeira. <input type="checkbox"/> Registros de frequência. <input type="checkbox"/> 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.

<p>Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas nem rasuras.</p> <p>Local e data: _____, ___/___/___</p> <p>_____ Assinatura do servidor que lavrou a Declaração Nome/Cargo/Matrícula</p>	<p>Visto do Dirigente do Órgão competente.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Dirigente do Órgão competente Nome/Cargo/Matrícula</p>
--	--

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**1. Orientações Gerais:**

- 1.1. Não deverá constar nesta Declaração período de contribuição ao Regime Próprio de Previdência Social – RPPS, observado que, até 15/12/1998, data anterior à 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;
- 1.2. 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;
- 1.3. 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;
- 1.4. O período de exercente de mandato eletivo somente poderá ser declarado a partir de 19/09/2004.

2. Na tabela “DADOS FUNCIONAIS”:

- 2.1. 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 quanto necessárias, nas situações de existência de vários vínculos ligados ao ente federativo;
- 2.2. 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”:

- 3.1. 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 por incapacidade temporária/aposentadoria por incapacidade permanente, suspensão disciplinar, etc.). Em caso de resposta positiva, deverá discriminar os períodos;
- 3.2. Deverá marcar ou especificar a documentação que serviu de base para emissão da declaração;
- 3.3. 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:

- 4.1. 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.

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

Fundamento: A Declaração referida no item anterior deverá estar acompanhada da Relação das Remunerações sobre as quais incidem Contribuições Previdenciárias, a ser emitida pelo órgão público ou entidade oficial, na forma do modelo constante no Anexo V, quando as remunerações forem objeto da comprovação:

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:	PIS/PASEP:
NOME DO PAI: NOME DA MÃE:	DATA DE NASCIMENTO:	

DATA DE ADMISSÃO:	DATA DA EXONERAÇÃO:	PIS/PASEP:	CPF:
-------------------	---------------------	------------	------

DADOS DE REMUNERAÇÕES

Mês	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:	Ano:
	Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)	Valor (\$)	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.

<p>Lavrei a presente Declaração, que não contém emendas nem rasuras.</p> <p>Local e data: _____, ____ / ____ / _____</p> <p>_____</p> <p align="center">Assinatura do servidor que lavrou a Declaração Nome/Cargo/Matrícula</p>	<p>Visto do Dirigente do Órgão competente.</p> <p>_____</p> <p align="center">Assinatura do Dirigente do Órgão competente Nome/Cargo/Matrícula</p>
---	--

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO:

1. Orientações Gerais:

- 1.1. 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 (N° / ANO) _____ / _____”;
- 1.2. Deverão ser informadas as remunerações para as quais incidem obrigatoriamente contribuições previdenciárias.
- 1.3. O campo “Valor (\$)” deverá ser preenchido com a remuneração em moeda da época.

5. CERTIFICADO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHADOR AVULSO

Fundamento: A comprovação da remuneração do trabalhador avulso junto ao INSS, para fins de atualização do CNIS, que seja anterior à substituição da GFIP pelo eSocial, conforme cronograma de implantação previsto em ato específico, far-se-á por um dos seguintes documentos em meio físico:

I – documento contemporâneo que comprove o exercício de atividade e a remuneração, que contenha a identificação do trabalhador avulso, do intermediador de mão de obra, do tomador de serviço, bem como a remuneração e a competência a que se refere;

II – certificado do OGMO ou do sindicato da categoria, conforme o caso, desde que contenha no mínimo:

- a) a identificação do trabalhador avulso, com a indicação do respectivo CPF, e se portuário ou não portuário;

- b) a identificação do intermediador de mão de obra;
- c) a identificação do(s) tomador(es) de serviços e as respectivas remunerações por tomador de serviços, com a indicação da competência a que se referem;
- d) a duração do trabalho e a condição em que foi prestado, referentes ao período certificado; e
- e) afirmação expressa de que as informações foram prestadas com base em documentação constante nos registros daquela entidade, e que se encontram à disposição do INSS para consulta.

O OGMO ou o sindicato da categoria poderá utilizar o modelo “Certificado de Tempo de Contribuição do Trabalhador Avulso”, constante no Anexo VI:

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

**CERTIFICADO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO
DO TRABALHADOR AVULSO**

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR AVULSO:

CPF:	PORTUÁRIO ()	
	NÃO PORTUÁRIO ()	
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:	OGMO ()	
	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

ANO: _____		ANO: _____	
Competência	Remuneração Base de Cálculo para a Previdência Social	Competência	Remuneração 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)

6. REQUERIMENTO PARA CÁLCULO DE CONTRIBUIÇÃO EM ATRASO

Fundamento: Caberá ao INSS promover o reconhecimento de filiação e proceder ao cálculo na forma de indenização quando se tratar de período decadente ou na forma de cálculo de regência quando se tratar de débito de período não alcançado pela decadência, mediante requerimento do interessado conforme o modelo de “Requerimento para Cálculo de Contribuição em Atraso”, constante no Anexo VII, inclusive nas situações em que o INSS identificar a procedência da solicitação na análise de requerimento de benefício:

ANEXO VII

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

REQUERIMENTO PARA CÁLCULO 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 CÁLCULO
<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 CÁLCULO/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

- () Cédula de Identidade ou Registro Geral – RG;
- () Carteira Nacional de Habilitação – CNH;
- () Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS em meio físico;
- () Carteira expedida por órgão ou entidade de classe;
- () Passaporte;
- () Documento Nacional de Identificação – DNI; ou
- () Outro documento legal com foto dotado de fé pública que permita a identificação da pessoa física.
Especificar: _____
- () 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
- () Contracheque ou recibo de pagamento contemporâneos aos fatos que se pretende comprovar
- () Certificado de sindicato ou órgão gestor de mão-de-obra que agrupa trabalhadores avulsos
- () Contrato Social e alterações / Registro de Firma Individual
- () Guias de recolhimentos de contribuição de contribuinte individual
- () Comprovante de inscrição de contribuinte individual.
- () 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.