



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO XV

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

(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)

**CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO**

		Nº	
ÓRGÃO EXPEDIDOR:		CNPJ:	
NOME DO SERVIDOR:		SEXO:	MATRÍCULA:
RG/ÓRGÃO EXPEDIDOR:	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 ___/___/___			



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**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 (*)	DISPONIBILIDADE (*)	
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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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

**UNIDADE GESTORA DO RPPS**

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

Endereço eletrônico para confirmação desta Certidão: \_\_\_\_\_





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TEMPO ESPECIAL INCLUÍDO, SEM CONVERSÃO, NO PERÍODO DE CONTRIBUIÇÃO  
COMPREENSIVO 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 Nome/Cargo/Matrícula	Assinatura do Dirigente do Órgão Nome/Cargo/Matrícula
--	--