

ANEXO XXXIX

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 77 /PRES/INSS, DE 21 DE JANEIRO DE 2015

TERMO DE COMUNICAÇÃO DE EXCLUSÃO

Local e data: _____, ____/____/____.

Filiado: _____

NIT: _____

Comunicamos que, conforme solicitação, foram excluídas do Cadastro Nacional de Informações Social – CNIS as informações do(s) período(s) abaixo, provenientes das bases governamentais.

Requerimento: _____	Protocolo: _____
Tipo: Períodos das Bases de CAFIR e SEAP	Ação: Excluir
Período(s) Excluído(s):	
Data de Início: ____/____/____ Data Fim: ____/____/____ Base Governamental: _____ (CAFIR ou SEAP) NIRF (quando CAFIR) ou RGP (quando SEAP): _____ Situação: _____ (Positivo, Pendente ou Negativo) Motivo: _____	
Data de Início: ____/____/____ Data Fim: ____/____/____ Base Governamental: _____ (CAFIR ou SEAP) NIRF (quando CAFIR) ou RGP (quando SEAP): _____ Situação: _____ (Positivo, Pendente ou Negativo)	
Data de Início: ____/____/____ Data Fim: ____/____/____ Base Governamental: _____ (CAFIR ou SEAP) NIRF (quando CAFIR) ou RGP (quando SEAP): _____ Situação: _____ (Positivo, Pendente ou Negativo)	
Data de Início: ____/____/____ Data Fim: ____/____/____ Base Governamental: _____ (CAFIR ou SEAP) NIRF (quando CAFIR) ou RGP (quando SEAP): _____ Situação: _____ (Positivo, Pendente ou Negativo)	
Data de Início: ____/____/____ Data Fim: ____/____/____ Base Governamental: _____ (CAFIR ou SEAP) NIRF (quando CAFIR) ou RGP (quando SEAP): _____ Situação: _____ (Positivo, Pendente ou Negativo)	

Estou ciente de que as informações acima referenciadas foram ratificadas mediante a minha confirmação na condição de segurado especial. Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do art. 299 do Código Penal Brasileiro.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Agência da Previdência Social _____

Endereço: _____

CEP: _____

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Filiado

