

ANEXO XL

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

Termo de Comunicação de Ratificação

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

Filiado: _____
NIT: _____

Comunicamos que, conforme solicitação, foram ratificadas no Cadastro Nacional de Informações Social – CNIS as informações do(s) período(s) abaixo, provenientes das bases governamentais, e que a caracterização da condição de segurado especial no(s) período(s) ratificado(s) estará sujeita a não constatação de informações que descaracterizem essa condição, quando do reconhecimento do direito.

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