

ANEXO II

PORTARIA DIRBEN/INSS Nº 990, DE 28 DE MARÇO DE 2022

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)

Motivo:

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)

Motivo:

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.

Ciente em ____/____/____

Assinatura do Filiado