



(TIMBRE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE EMITENTE)

**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:**

*(Observação: no formulário dinâmico possibilitar a informação de quantos tomadores/remunerações forem necessários incluir de acordo com a necessidade)*



<b>REMUNERAÇÕES</b>			
<b>Competência</b>	<b>Remuneração Base de Cálculo para a Previdência Social</b>	<b>Competência</b>	<b>Remuneração Base de Cálculo para a Previdência Social</b>
JANEIRO		JANEIRO	
FEVEREIRO		FEVEREIRO	
MARÇO		MARÇO	
ABRIL		ABRIL	
MAIO		MAIO	
JUNHO		JUNHO	
JULHO		JULHO	
AGOSTO		AGOSTO	
SETEMBRO		SETEMBRO	
OUTUBRO		OUTUBRO	
NOVEMBRO		NOVEMBRO	
DEZEMBRO		DEZEMBRO	

<b>OBSERVAÇÕES</b>	
--------------------	--

**DADOS DO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO DO CERTIFICADO**

NOME:	
CARGO:	CPF:
<p>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.</p> <p>Lavrei o presente Certificado, que não contém emendas e nem rasuras.</p>	



Local/UF: _____	Data de emissão: ____ / ____ / ____
_____ Assinatura do declarante (responsável pelo órgão gestor de mão de obra/sindicato)	