**ANEXO 3 - TERMO DE CONCESSÃO DA CERTIFICAÇÃO INSTITUCIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTE FEDERATIVO** | | |
| **NOME** | | **CNPJ** |
|  | |  |
| **RESPONSÁVEL LEGAL** | **CARGO** | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIDADE GESTORA DO RPPS** | | |
| **NOME** | | **CNPJ** |
|  | |  |
| **RESPONSÁVEL LEGAL** | **CARGO** | |
|  |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENTIDADE CERTIFICADORA** | | | | | |
| **NOME** | | | | | **CNPJ** |
|  | | | | |  |
| **E-MAIL** | | **TELEFONE** | **DATA CREDENCIAMENTO SPREV** | | |
|  | |  |  | | |
| **RESPONSÁVEL LEGAL** | | | | **CARGO** | |
|  | | | |  | |
| **DATA INÍCIO GESTÃO** | **RG** | | | **CPF** | |
|  |  | | |  | |

Certifico que o RPPS acima identificado cumpriu as exigências estabelecidas no Programa de Certificação Institucional e Modernização da Gestão dos Regimes Próprios de Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios - Pró-Gestão RPPS, instituído pela Portaria MPS nº 185/2015, demonstrando ter adotado adequadas práticas de gestão previdenciária relativas a Controles Internos, Governança Corporativa e Educação Previdenciária.

|  |  |
| --- | --- |
| **NÍVEL DA CERTIFICAÇÃO** | **VALIDADE DA CERTIFICAÇÃO** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Município - UF, DD de MMMMMMMMM de AAAA** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **REPRESENTANTE LEGAL DA ENTIDADE CERTIFICADORA** |

Cientes da certificação recebida e do compromisso de monitorar os processos e atividades do RPPS, para manter práticas de gestão compatíveis com os requisitos do nível alcançado.

|  |  |
| --- | --- |
| **Município - UF, DD de MMMMMMMM de AAAA** | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **REPRESENTANTE LEGAL DO ENTE FEDERATIVO** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **REPRESENTANTE LEGAL DA UNIDADE GESTORA** |