**ANEXO 2 - TERMO DE ADESÃO AO PRÓ-GESTÃO RPPS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTE FEDERATIVO** | | | |
| **NOME** | | | **CNPJ** |
|  | | |  |
| **ENDEREÇO** | | **Nº** | **COMPLEMENTO** |
|  | |  |  |
| **BAIRRO** | | **UF** | **CEP** |
|  | |  |  |
| **E-MAIL** | | **TELEFONE** | |
|  | |  | |
| **RESPONSÁVEL LEGAL** | | **CARGO** | |
|  | |  | |
| **DATA INÍCIO GESTÃO** | **RG** | **CPF** | |
|  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UNIDADE GESTORA DO RPPS** | | | |
| **NOME** | | | **CNPJ** |
|  | | |  |
| **ENDEREÇO** | | **Nº** | **COMPLEMENTO** |
|  | |  |  |
| **BAIRRO** | | **UF** | **CEP** |
|  | |  |  |
| **E-MAIL** | | **TELEFONE** | |
|  | |  | |
| **RESPONSÁVEL LEGAL** | | **CARGO** | |
|  | |  | |
| **DATA INÍCIO GESTÃO** | **RG** | **CPF** | |
|  |  |  | |

Os representantes legais do ente federativo e da unidade gestora do RPPS, acima qualificados, resolvem, nesta data, aderir ao 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, manifestando ciência e concordância em relação às diretrizes, objetivos, requisitos e procedimentos estabelecidos para o Programa e comprometendo-se a adotar as providências necessárias para sua implantação, visando à obtenção da certificação institucional do Regime Próprio de Previdência Social - RPPS.

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

Nota: O Termo de Adesão deverá ser enviado pelo e-mail [progestao.rpps@previdencia.gov.br](mailto:progestao.rpps@previdencia.gov.br). Adotar o seguinte padrão para o título do e-mail: **ENTE - UF - TERMO DE ADESÃO**.