**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** |