



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

PLANO DE TRABALHO DO TERMO DE ADESÃO

PLANO DE TRABALHO DE TERMO DE ADESÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E A COLÔNIA DE PESCADORES ARTESANAIS E AQUICULTORES 2014 PARA REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS E SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS E ASSISTENCIAIS, NA MODALIDADE ATENDIMENTO A DISTÂNCIA EM FAVOR DE SEUS REPRESENTADOS.

| | | |
|--|--------|-----------------------------|
| INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - GERÊNCIA EXECUTIVA DE GOIÂNIA | | |
| CNPJ: 29.979.036/0064-24 | | |
| ENDEREÇO: AV GOIÁS Nº 51, SETOR CENTRAL | | |
| CIDADE: GOIÂNIA | UF: GO | CEP: 74005-010 |
| ÁREA RESPONSÁVEL: SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DE RELACIONAMENTO COM O CIDADÃO | | |
| TELEFONES: (62) 3612-7301 | | EMAIL: sgrecgoi@inss.gov.br |

| | | |
|---|--------|------------------------------------|
| COLÔNIA DE PESCADORES ARTESANAIS E AQUICULTORES 2014 | | |
| CNPJ: 22.894.340/00011-46 | | |
| ENDEREÇO: AV. Osvaldo Cruz, nº 1110, bairro São Sebastião | | |
| CIDADE: ITUMBIARA | UF: GO | CEP: 75500-000 |
| ÁREA RESPONSÁVEL: GABINETE DO PRESIDENTE | | |
| TELEFONES: (64)99203-0825 | | EMAIL: : APPAIPESCANDO14@GMAIL.COM |

1. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

1.1 Este Plano de Trabalho tem por objeto definir os critérios que deverão ser adotados na operacionalização do Termo de Adesão, para que a Aderente realize, em favor de seus representados, informações, orientações, instrução e preparação de requerimentos de benefícios e serviços previdenciários e assistenciais. Para tanto, serão utilizados sistemas eletrônicos específicos a serem disponibilizados pelo INSS, para posterior análise por parte da Autarquia Previdenciária, à qual incumbe reconhecer ou não o direito à percepção de benefícios.

1.2 Inicialmente, a Aderente poderá operacionalizar todos ou parte dos serviços constantes no Acordo de Cooperação Aderido, celebrado entre o INSS e a CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS PESCADORES E AQUICULTORES – CNPA, Processo SEI nº 35014.529084/2022-16, transcritos abaixo, tendo em vista que a Aderente tem como missão institucional "É constituída para fins de defesa, representação e assistência da classe dos trabalhadores profissionais", havendo, portanto, um alinhamento entre a missão institucional da Aderente, o objeto do presente Termo de adesão e os serviços delineados neste Plano de Trabalho.

1.3 Ressalte-se que o rol de serviços elencados pode ser alterado, excluído ou incluído, desde que haja motivação, em razão de interesse público ou de fato excepcional ou imprevisível, a qual deverá ser submetida ao crivo da autoridade competente no INSS para firmar o ajuste e ACORDO entre os partícipes, sem necessidade de Termo Aditivo e apreciação por parte da Procuradoria Federal Especializada ou quando houver alteração no rol de serviços do Plano de Trabalho do ACORDO Aderido:

I- Requerimentos:

- a) Aposentadoria por idade rural;
- b) Auxílio-reclusão rural;
- c) Benefícios assistenciais ao idoso;
- d) Benefícios assistenciais ao Trabalhador Portuário Avulso;
- e) Cópia de Processo - Entidade Conveniada;
- f) Pensão por morte rural;
- g) Recurso Ordinário Inicial;
- h) Revisão Entidade Conveniada;
- i) Recurso Especial ou Incidente (Alteração de Acórdão);
- j) Recurso Especial (2ª instância)/ Alteração de Acórdão;
- k) Salário Maternidade rural; e
- l) Seguro-desemprego pescador artesanal;

II - Requerimento de atualizações para manutenção do benefício e outros serviços relacionados, na modalidade de atendimento à distância;

- a) Atualizar Procurador e Representante Legal;
- b) Atualizar Cadastro e/ou Benefício;
- c) Alterar local ou forma de pagamento;

- d) Renovar Declaração de Cárcere/Reclusão;
- e) Solicitar Certidão de Inexistência de Dependentes Habilitados e Pensão por Morte;
- f) Solicitar Desistência/encerramento/renúncia do Benefício; e
- g) Solicitar Emissão de Pagamento não Recebido;

III - Orientações e informações.

2. OBJETIVOS

2.1 Facilitar o acesso dos usuários aos serviços prestados pelo INSS.

2.2 Promover eficiência, economicidade e acessibilidade ao requerimento de serviços prestados pelo INSS, e na disponibilização de orientações pertinentes ao objeto deste Termo de Adesão.

3. DA ABRANGÊNCIA

A área de abrangência do Termo de Adesão ficará condicionada e restrita ao âmbito de atuação da entidade Aderente, e os serviços selecionados no item 1.3 pela Aderente ficarão vinculados à área de abrangência da Adesão.

4. DAS METAS

4.1 Realizar requerimentos mensais, visando o aumento da proteção social pretendida pelo INSS, que, por meio da celebração deste ACORDO, busca garantir a ampliação dos locais de atendimento presencial e alcançar os usuários que estão à margem da transformação digital ou que se encontram em locais de difícil acesso aos serviços do INSS.

4.2 Dos requerimentos monitorados, qualitativamente, espera-se que pelo menos 80% (oitenta por cento) estejam corretamente instruídos, assim considerados aqueles nos quais não haja a abertura de exigência para complementação da instrução.

4.3 Dos atendimentos monitorados, por amostragem qualitativa, espera-se que atinjam 80% (oitenta por cento) dos critérios abordados.

4.4 O não cumprimento das metas previstas nos subitens 4.2 e 4.3 por dois períodos monitorados poderá ensejar a rescisão da Adesão.

5. DA ESTRUTURA FÍSICA

Para fins de operacionalização a Aderente deverá:

I - dispor de:

- a) instalações físicas e condições materiais adequadas e acessíveis para o atendimento ao público ou para o autoatendimento, a exemplo de mesas, cadeiras e sanitário acessível;
- b) recursos tecnológicos para assegurar capacidade técnico operacional, a exemplo de acesso à internet compatível e suficiente para o protocolo de requerimentos; e
- c) separação entre a triagem e os demais atendimentos, preservando o sigilo das informações prestadas aos usuários;

II - sinalizar a unidade, quando adotado, conforme regras de publicidade, marca e padronização da identidade visual, previstas no Manual de Identidade Visual – Selo Parcerias INSS, divulgado por intermédio do Ofício-Circular nº 6/ACS/PRES/INSS, de 22 de maio de 2019, ou outro que venha a substituí-lo.

6. DAS ETAPAS DE EXECUÇÃO

A execução desta Adesão prevê as seguintes etapas, segundo seus responsáveis:

I - os representantes designados pela Aderente serão submetidos a treinamento específico para a execução de suas atividades no âmbito da Adesão, no prazo de até 2 (dois) meses após celebração;

II - após o treinamento e aprovação da estrutura física, por meio de visita **in loco**, caberá à Aderente iniciar, no prazo máximo de até 30 (trinta) dias, as atividades necessárias à execução das obrigações previstas na Adesão;

III - será avaliada a necessidade de novos treinamentos para atualização ou aperfeiçoamento dos representantes da Aderente, a partir da qualidade da instrução dos requerimentos apresentados pela Aderente e qualidade do atendimento;

IV - o INSS avaliará a qualidade:

- a) das instalações físicas das entidades aderentes, que celebrem Termo de Adesão, por meio de visita **in loco**;
- b) a manutenção da qualificação jurídica, da regularidade fiscal, previdenciária e trabalhista das entidades aderentes, exigidas para a celebração dos Termo de Adesão;
- c) a adequada execução do objeto e cumprimento das cláusulas pactuadas no TERMO e Plano de Trabalho;
- d) a regularidade da concessão de acessos aos representantes das entidades aderentes, mediante apresentação do Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo, Anexo IV, da Declaração de Participação no Curso e do Termo de Ciência do Material Boas Práticas e Recomendações de Segurança Cibernética, Anexo V, por meio de batimento de informações em sistemas corporativos do INSS;
- e) qualidade do atendimento prestado pelos representantes das entidades associadas, por meio de amostragem, através de pesquisa de satisfação realizada pela Central de Atendimento 135, que entrará em contato com os usuários selecionados; e
- f) qualidade dos requerimentos protocolados pelos representantes das entidades associadas, por meio de supervisão a ser realizada pelo INSS, por amostragem; e

V - acompanhamento da apresentação de protocolos pelas entidades aderentes.

7. DA PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO E SUAS ETAPAS

A Adesão se iniciará com a sua publicação no Diário Oficial da União e tem suas etapas previstas no item 6, com previsão de finalização de sua execução até **02/02/2029**.

8. DA OPERACIONALIZAÇÃO

8.1. Os requerimentos de benefícios e de serviços serão efetuados diretamente pelos representantes designados pela Aderente, nos termos da Adesão, com a digitalização dos documentos necessários à análise dos requerimentos.

8.2. Os procedimentos para requerimento eletrônico deverão ser realizados através de autenticação, por meio de **login** e senha, conforme regras e diretrizes estabelecidas pelo INSS para acesso aos sistemas, podendo ser exigido o uso de certificação digital, mediante cadastramento prévio para acesso em página própria ou outra forma que seja definida pelo INSS, da seguinte forma:

I - acessar a página "novorequerimento.inss.gov.br" ou outra que venha substituí-la, e efetuar **login** para acessar os serviços abrangidos pelo Termo de Adesão firmado;

II - selecionar o serviço desejado;

III - cadastrar um requerimento para cada usuário, observando-se:

a) o preenchimento dos dados individuais;

b) a inclusão do Termo de Representação e Autorização de Acesso às Informações Previdenciárias, Anexo II;

c) a inclusão dos documentos na íntegra e claramente legíveis, digitalizados ou fotografados a partir dos documentos originais, das cópias ou das cópias autenticadas, na ordem correspondente exigida, no protocolo do requerimento, respeitando os campos dos anexos detalhados;

d) a digitalização ou a foto deve ser colorida, permitindo a correta visualização de todo o documento, inclusive o verso, se for o caso;

V - finalizada a digitalização, os arquivos devem ser salvos com o padrão "PRIMEIRO NOME DO REQUERENTE_CPF_TIPOLOGIA":

a) "NOME_9999999999_ORIGINAIS.pdf";

b) "NOME_9999999999_TERCEIROS.pdf"; e

c) "NOME_9999999999_SIMPLES.pdf".

8.3. Os documentos digitalizados, conforme seu tipo, não devem ultrapassar o tamanho máximo de 5 Mb, para cada anexo detalhado, e 50 Mb para todo o processo.

8.4. Os representantes da entidade Aderente se responsabilizam pelo envio digital de toda documentação necessária para o requerimento.

8.5. Em conformidade com o § 2º do art. 19-B do Decreto nº 10.410, de 30 de junho de 2020, os documentos necessários à atualização do CNIS e à análise de requerimentos de benefícios e serviços poderão ser apresentados em cópias simples, em meio físico ou eletrônico, dispensada a sua autenticação.

8.5.1. Nas hipóteses em que haja dúvida fundada quanto à autenticidade ou à integridade do documento ou, ainda, se a documentação apresentada estiver incompleta e/ou ilegível será desconsiderada para análise e emitida carta de exigência para apresentação da documentação original. Os documentos originais devem ser apresentados por meio de agendamento para atendimento presencial nas unidades do INSS.

8.5.2. O INSS poderá exigir, a seu critério, até que decaia o seu direito de rever os atos praticados no processo, a exibição do original de documento enviado eletronicamente pela Aderente.

8.6. Todas as comunicações necessárias ao andamento processual dos requerimentos serão realizadas por meio dos canais ordinários de comunicação do INSS. A obrigação da Aderente se encerra com a apresentação do pedido administrativo, sendo o acompanhamento dos atos e comunicações do requerimento de responsabilidade do usuário. Os requerimentos protocolados também poderão ser acompanhados pelo usuário através do Meu INSS, Central de Atendimento 135 ou através da entidade Aderente.

8.7. As informações e comunicações relativas ao TERMO, desde que devidamente científicas, serão consideradas regularmente entregues por ofício, correio eletrônico ou outros meios definidos pelas partes.

8.8. A responsabilidade solidária e o apoio administrativo na prestação de informações aos usuários destina-se aos requerimentos realizados pelos representantes da Acordante por meio do canal "Entidades Parceiras", excluindo-se os realizados pelo próprio usuário, através de outros canais remotos de atendimento.

8.9. Os requerimentos protocolados nesta modalidade poderão ser encaminhados para qualquer unidade definida pelo INSS, à qual competirá a análise do reconhecimento de direitos, previdenciários e assistenciais, em todas as suas fases, e de atualização e manutenção dos benefícios.

9. DA DESIGNAÇÃO, AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE DOS REPRESENTANTES

9.1. A Aderente deverá indicar, no mínimo, 2 (dois) representantes, titular e substituto, inicialmente relacionados no processo, através do Formulário para Indicação Inicial de Cadastro dos Representantes nos Sistemas do INSS, Anexo III, destacando os representantes que também irão operacionalizar o Sistema Suporte INSS/ACT.

9.2. Os representantes indicados pela Aderente deverão realizar capacitação EaD, através da Escola Virtual do Programa de Educação Previdenciária - PEP, devendo apresentar a Declaração de Participação no Curso, o Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo - TCMS, Anexo IV, preenchido e assinado pelo representante e por 2 (duas) testemunhas, o Termo de Ciência do material de "Boas Práticas e Recomendações de Segurança Cibernética", Anexo V, o documento pessoal de identificação, além de Formulário para Indicação Inicial de Cadastro dos Representantes nos Sistemas do INSS, Anexo III.

9.3. Após apresentação dos documentos listados no item 9.2, os representantes indicados serão cadastrados nos sistemas corporativos destinados às entidades, pelo INSS, quando o total não ultrapassar o limite de 20 (vinte) representantes ou, pela Aderente, quando o total for superior a 20 (vinte) representantes.

9.4. A Aderente e os representantes por ela indicados serão solidariamente responsáveis:

9.4.1 pelo sigilo das informações que venham a ter acesso em decorrência do presente TERMO;

9.4.2 pelo procedimento adotado na execução dos serviços acordados, inclusive por falhas e erros de qualquer natureza e/ou descumprimento de cláusulas deste TERMO que acarretem prejuízo ao INSS e/ou a terceiros;

9.4.3 na hipótese de prestação de informações falsas ou inserção parcial ou totalmente fraudulenta de informações em quaisquer sistemas ou canais de atendimento disponibilizados pelo INSS, sem prejuízo da responsabilidade penal eventualmente cabível;

9.4.4 pela utilização dos dados pessoais que venha ter acesso com objetivo diferente ao pactuado no ACORDO, estando sujeitos às obrigações previstas no art. 42 da Lei nº 13.709, de 2018; e

9.4.5 compartilhamento indevido da senha pessoal ou de outra forma de acesso aos sistemas disponibilizados pelo INSS a terceiros, inclusive a sua utilização em aplicativos ou dispositivos automatizados não autorizados pelo INSS.

9.5 A responsabilidade prevista no item 9.4 abrange as áreas cível e administrativa, sendo assegurada a ampla defesa e o contraditório.

9.6 Havendo indícios de ocorrências de ilícitos penais, o INSS, por meio de suas áreas competentes, oferecerá notícia-crime.

9.7 O descumprimento de cláusulas deste TERMO, por parte da Aderente, ou a existência de reclamações recebidas pelo INSS relativas à sua execução, poderá ensejar a sua rescisão, respeitado o contraditório e a ampla defesa.

10. DADOS DO ATENDIMENTO

10.1 As partes definem os dados abaixo sobre o atendimento que será prestado neste ACORDO e publicado no site externo do INSS:

I - nome da Entidade;

II - endereço da Entidade onde será realizado o atendimento;

III - dias e horário de atendimento;

IV - serviços; e

V - quem pode ser atendido.

10.2 Caso haja alguma alteração nas informações prestadas nos campos acima, fica a Acordante obrigada a comunicar ao INSS para que o mesmo providencie a atualização da informação no site externo.

10. DOS CUSTOS

As partes deste TERMO arcarão com as próprias despesas para o seu fiel cumprimento, não havendo remuneração, nem ensejará repasse de recursos a nenhum dos participantes.

Goiânia/GO, 11 de Dezembro de 2024.

Assinado digitalmente

WIRLEY CASTRO VARGAS

Gerente-Executivo do INSS de Goiânia

Assinado digitalmente

LEIVIS CARLOS MERCEDES

Presidente da Colônia de Pescadores Artesanais e Aquicultores Z014

ANEXO II

TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS

Eu, _____ (1), inscrito (a) no CPF nº _____ (2), RG nº _____ (3), residente e domiciliado(a) em _____ (4), no município de _____ (5), CEP _____ (6), DECLARO que sou voluntariamente associado à Entidade _____ (7), CNPJ nº _____ (8), CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS à citada Entidade para me representar perante o INSS na solicitação do serviço ou benefício abaixo indicado e AUTORIZO a referida Entidade, por meio de seus representantes, a terem acesso apenas às informações pessoais necessárias a subsidiar o requerimento eletrônico do serviço ou benefício abaixo elencado:

I - requerimentos:

- ☐ Aposentadoria por idade rural;
- ☐ Auxílio-reclusão;
- ☐ Benefícios assistenciais ao idoso;
- ☐ Benefícios assistenciais ao idoso ao Trabalhador Portuário Avulso;
- ☐ Cópia de Processo - Entidade Conveniada;
- ☐ Pensão por morte rural;
- ☐ Recurso Ordinário Inicial;
- ☐ Revisão Entidade Conveniada;
- ☐ Recurso Especial ou Incidente (Alteração de Acórdão);
- ☐ Recurso Especial (2ª instância)/ Alteração de Acórdão;
- ☐ Salário Maternidade rural;
- ☐ Seguro-desemprego pescador artesanal;
- II - atualizações para manutenção do benefício e outros serviços relacionados, na modalidade de atendimento à distância;
- ☐ Atualizar Procurador e Representante Legal;
- ☐ Atualizar Cadastro e/ou Benefício;
- ☐ Alterar local ou forma de pagamento;
- ☐ Renovar Declaração de Cárcere/Reclusão;
- ☐ Solicitar Certidão de Inexistência de Dependentes Habilitados e Pensão por Morte;
- ☐ Solicitar Desistência/encerramento/renúncia do Benefício; e
- ☐ Solicitar Emissão de Pagamento não Recebido; e
- III - () orientações e informações;

Podendo, para tanto, praticar os atos necessários ao cumprimento deste mandato, em especial, prestar informações, acompanhar o requerimento, cumprir exigências, ter vistas e tomar ciência de decisões sobre processos de requerimento especificado neste Termo. Portaria PRES/INSS nº 1.538 (10060523) SEI 35014.098464/2021-14/ pg. 76.

_____/ __, __ de __ de 20___. (9)

NOME DO USUÁRIO (10)

CÓDIGO PENAL

Art. 171. Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzir ou manter alguém em erro, mediante artifício, ardil ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Nota Explicativa: Os campos que constam em branco devem ser preenchidos de acordo com as informações elencadas abaixo.

(1) Nome do usuário.

(2) N° do CPF do usuário.

(3) N° do RG do usuário.

(4) Logradouro de residência do usuário.

(5) Município de residência do usuário.

(6) Nome da autoridade signatária.

(7) N° do CEP do usuário.

(8) Nome da Entidade.

(9) Local e Data.

(10) Assinatura do usuário.

ANEXO III

FORMULÁRIO PARA INDICAÇÃO INICIAL DE CADASTRO DOS REPRESENTANTES NOS SISTEMAS DO INSS

| NOME DO REPRESENTANTE | CPF Nº | E-MAIL | ENDEREÇO | DATA DA INCLUSÃO | TELEFONE | CADASTRADOR EXTERNO (S) SIM (N) NÃO | OPERACIONALIZA O ACORDO (S) SIM (N) NÃO | |
|-----------------------|--------|--------|----------|------------------|----------|-------------------------------------|---|--|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

_____/ __, __ de ____
de ____ (1)

NOME DO REPRESENTANTE

Cargo do Signatário (2)

- (1) Data de envio do formulário.
- (2) Nome e Cargo do representante legal da Acordante.

ANEXO IV

TERMOS DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO (TCMS)

_____(1), _____(2), _____(3), _____(4), _____(5), _____(8), vinculado á entidade/órgão _____(9), CNPJ nº _____(10) perante o INSS, declaro ter ciência inequívoca da legislação sobre o tratamento de informação classificada cuja divulgação possa causar risco ou dano à segurança da sociedade ou do Estado, e me comprometo a guardar o sigilo necessário, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 e da Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, e a:

- I - tratar as informações classificadas em qualquer grau de sigilo ou os materiais de acesso restrito que me forem fornecidos pelo INSS e preservar o seu sigilo, de acordo com a legislação vigente;
- II - preservar o conteúdo das informações classificadas em qualquer grau de sigilo, ou dos materiais de acesso restrito, sem divulgá-lo a terceiros;
- III - não praticar quaisquer atos que possam afetar o sigilo ou a integridade das informações classificadas em qualquer grau de sigilo, ou dos materiais de acesso restrito; e
- IV - não copiar ou reproduzir, por qualquer meio ou modo as informações:
- a) classificadas em qualquer grau de sigilo; e
- b) relativas aos materiais de acesso restrito do INSS, salvo autorização da autoridade competente. Declaro que tive acesso ao documento ou material entregue ou exibido, e por estar de acordo com o presente TERMO, o assino na presença das testemunhas abaixo identificadas.

_____/ __, __ de _____ de ____ (11)

NOME DO REPRESENTANTE

Cargo do Signatário

| TESTEMUNHAS | |
|-------------|-------------|
| NOME: | NOME: |
| CPF: | CPF: |
| ASSINATURA: | ASSINATURA: |

Nota Explicativa: Os campos que constam em branco devem ser preenchidos de acordo com as informações elencadas abaixo. Essa tabela não faz parte deste documento, deve ser deletada após o preenchimento.

- (1) Nome.
- (2) Nacionalidade.
- (3) N° do CPF.
- (4) RG (n°, data e local da expedição).
- (5) Filiação.
- (6) Endereço completo com o CEP.

- (7) E-mail corporativo.
(8) Telefone.
(9) Nome da entidade ou órgão no caso de administração pública.
(10) Local e data.

ANEXO V

TERMO CIÊNCIA DO MATERIAL BOAS PRÁTICAS E RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA CIBERNÉTICA

Eu, _____ (1), inscrito (a) no CPF nº _____ (2), RG nº _____ (3), expedido em _____ (4), residente e domiciliado(a) em _____ (5), _____ (6) perante o Instituto Nacional do Seguro Social, declaro ter ciência inequívoca da ciência do MATERIAL BOAS PRÁTICAS E RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA CIBERNÉTICA.

Declaro ter ciência das responsabilidades inerentes às atribuições a mim conferidas em virtude do ajuste firmado pelo INSS e _____ (7), que por estar de acordo com as recomendações do Material Boas Práticas e recomendações de Segurança Cibernética.

_____/____/____ de 20____. (8)

Assinatura

Nota Explicativa: Os campos que constam em branco devem ser preenchidos de acordo com as informações elencadas abaixo. Essa tabela não faz parte do Termo de Ciência do Material de Boas Práticas e recomendações de segurança cibernética, deve ser deletada após o preenchimento.

- (1) Nome.
(2) CPF.
(3) RG.
(4) Data e local de expedição.
(5) Endereço.
(6) CEP.
(7) Acordante/Entidade Credenciada.
(8) Cidade/UF.



Documento assinado eletronicamente por **WIRLEY CASTRO VARGAS, Gerente Executivo**, em 12/12/2024, às 12:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leivis Carlos Mercedes, Usuário Externo**, em 17/12/2024, às 07:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.inss.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **18755631** e o código CRC **CE501272**.