



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**TERMO DE ADESÃO AO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA CELEBRADO ENTRE O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL E A FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PESCADORES ARTESANAIS E AQUICULTORES DO PARÁ - FABA, PARA REQUERIMENTO DE SERVIÇOS PRESTADOS PELO INSS NA MODALIDADE ATENDIMENTO A DISTÂNCIA.**

A **CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA**, inscrito (a) no **CNPJ nº 14.570.237/0001-12**, doravante denominado apenas **CENTRAL SINDIPESCA - PA**, Associação Privada, situado na Av. Aurino Vulcão, s/n, bairro Centro, na cidade de Bagre - PA, vinculado à **FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PESCADORES ARTESANAIS E AQUICULTORES DO PARÁ - FAPA**, neste ato representado por sua presidente, **AUDRIA SANTANA MOIA**, inscrita no **CPF nº [REDACTED]**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 16º, do Estatuto Social da Entidade, firma este **TERMO DE ADESÃO**, adiante designado somente **TERMO**, ao **Acordo de Cooperação Técnica**, adiante designado somente **ACORDO**, assinado entre o **INSS** e a **FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PESCADORES ARTESANAIS E AQUICULTORES DO PARÁ - FAPA**, com extrato publicado no Diário Oficial da União – DOU nº 130, Seção 3, de 13 de Julho de 2021, que visa a efetivação de requerimento previdenciário na modalidade atendimento a distância para seus representados, em observância ao disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993; na Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991; e nos arts. 136 a 141, 316 e 317 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e demais normas pertinentes, nos termos e condições estabelecidos nas Cláusulas abaixo ajustadas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Este **TERMO DE ADESÃO** tem por finalidade a adesão da **CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA** ao **Acordo de Cooperação Técnica** qualificado no preâmbulo.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO**

Durante a execução deste **TERMO** fica estabelecido que os **PARTÍCIPES** deverão adotar as Cláusulas integrantes do **ACORDO** objeto deste **TERMO**, assumindo todas as suas regras, procedimentos e obrigações, bem como as orientações do seu Plano de Trabalho e Anexos.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA**

São obrigações da **CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA**:

- I - manter sigilo relativo aos dados recebidos em decorrência da execução do objeto do **ACORDO**, nos termos do art. 45 do Decreto nº 7.845, de 14 de novembro de 2012, e da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;
- II - utilizar quaisquer dados que vier a ter acesso exclusivamente para os objetivos pactuados no **ACORDO**;
- III - zelar pela veracidade e correção das informações prestadas às unidades e agentes do **INSS** em quaisquer sistemas ou canais de atendimento disponibilizados, em decorrência deste **ACORDO**;
- IV - tomar ciência de todas as comunicações do **INSS**, em decorrência deste **ACORDO**;
- V - observar os prazos e demais critérios estabelecidos no Plano de Trabalho do **ACORDO**;
- VI - atender as convocações do **INSS**, quando solicitado;
- VII - cadastrar assinatura eletrônica sob a forma de login e senha de acesso, para acesso autenticado aos sistemas disponibilizados pelo **INSS**;
- VIII - manter atualizado e comunicar imediatamente a alteração do quadro de representantes e advogados da Entidade que estejam operacionalizando este **ACORDO**;
- IX - enviar cópia autenticada, para a unidade do **INSS** responsável por este Termo de Adesão, da (s) carteira (s) da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB do (s) advogado (s) responsável (is) pela autenticação da documentação; e
- X - enviar os originais dos Termos de Representação e Autorização de Acesso a Informações Previdenciárias (Anexo V) e dos Termos de Compromisso e Manutenção de Sigilo – TCMS (Anexo III); e
- XI - cumprir as obrigações listadas no § 3º da Cláusula Terceira do Acordo de Cooperação Técnica celebrado entre o **INSS** e a **FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DE PESCADORES ARTESANAIS E AQUICULTORES DO PARÁ - FAPA**.

**CLÁUSULA QUARTA - DA CIÊNCIA E RESPONSABILIDADES DA CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA**

A **CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA** está ciente de que os documentos apresentados nos requerimentos previdenciários devem ser autenticados por advogado (s), previamente designado (s), regularmente inscrito (s) na OAB, e devidamente cadastrado (s) pelo **INSS**.

§ 1º A autenticação digital da documentação citada no caput será no próprio Sistema do **INSS**, por meio de login e senha fornecidos ou de assinatura eletrônica via certificação digital pelo (s) advogado (s) designado (s), observados ainda o devido preenchimento e assinatura de Termo de Representação e Autorização de Acesso a Informações Previdenciárias.

§ 2º A **CENTRAL SINDICAL DOS PESCADORES ARTESANAIS, AQUICULTORES, AGRICULTORES E EXTRATIVISTAS DO ESTADO DO PARÁ - PA**, seus representantes e advogados designados estão cientes do disposto no art. 299 do Código Penal Brasileiro e da responsabilidade solidária pelos atos praticados em desacordo com os termos do **ACORDO**, sendo responsabilizados civil e administrativamente, assegurado o contraditório e a ampla defesa, nas seguintes hipóteses:

I - pela prestação de informações falsas ou inserção parcial ou totalmente fraudulenta de informações em qualquer sistema ou canal de atendimento remoto disponibilizado pelo INSS;

II - por falhas na execução dos serviços acordados; e

III - por falhas e erros de quaisquer naturezas que acarretem prejuízo ao INSS, ao segurado ou a ambas as partes.

§ 3º Havendo indícios de ocorrências de ilícitos penais, o INSS, por meio de sua área competente, oferecerá notícia-crime.

#### CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

Este TERMO vigorará pelo mesmo prazo do ACORDO objeto deste Instrumento, com início a partir da data da sua publicação no DOU.

#### CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Este TERMO não prevê a transferência de recursos financeiros entre os PARTÍCIPES, em conformidade com o estabelecido no ACORDO.

#### CLÁUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

Caberá à Acordante a publicação deste Instrumento, por extrato, no DOU, no prazo e forma previstos no parágrafo único do art. 61 da Lei nº 8.666, de 1993.

E, por estarem de acordo, os partícipes assinam este TERMO em três vias, de igual teor, para que produza, entre si, os efeitos legais na presença das testemunhas, que também o subscrevem.

Bagre/PA, 25 de novembro de 2024.

Assinado digitalmente  
**LEA BRESSY AMORIM**  
Superintendente Regional Norte/Centro-Oeste

Assinado digitalmente  
**AUDRIA SANTANA MOIA**  
Presidente da Central Sindical dos Pescadores Artesanais, Aquicultores, Agricultores e  
Extrativistas do Estado do Pará - PA

#### ANEXO I

#### TERMO DE REQUERIMENTO DE SERVIÇOS

##### 1. ENTIDADE:

A (O) \_\_\_\_\_ (1), inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_ (2), vem por, em cumprimento ao disposto no art. 39 da Portaria PRES/INSS nº 1.538, de 19 de dezembro de 2022, mediante Acordo de Cooperação Técnica [OU Acordo de Cooperação] celebrado com o INSS, realizar protocolo de requerimento em favor do usuário a seguir qualificado, conforme previsto no ACORDO e no Plano de Trabalho.

##### 2. USUÁRIO:

Eu, \_\_\_\_\_ (3), CPF \_\_\_\_\_ (4), Telefone \_\_\_\_\_ (5) residente em \_\_\_\_\_ (6), e-mail \_\_\_\_\_ (7), SOLICITO O PROTOCOLO DO SEGUINTE SERVIÇO, REQUERIMENTO DE:

( ) Aposentadoria por idade ( ) urbana ( ) rural ( ) da pessoa com deficiência.

( ) Aposentadoria por tempo de contribuição ( ) da pessoa com deficiência.

- II - ( ) Atualizações para manutenção do benefício e outros serviços relacionados, na modalidade de atendimento à distância, bem como a preparação e instrução de requerimentos para posterior análise pelo INSS.

Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de comunicações ou convocações pela forma eletrônica no e-mail **(10)**, nos termos do § 3º do art. 42 do Anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

Declaro também estar ciente de que devo acompanhar o andamento de meu pedido através do site do INSS e de que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.

, de de (8)

(9)

**ASSINATURA DO USUÁRIO**

- (1)** Nome da Entidade;
- (2)** CNPJ da Entidade;
- (3)** Nome do Usuário que irá efetuar o requerimento;
- (4)** Número do CPF do Usuário que irá efetuar o requerimento;
- (5)** Telefone do Usuário que irá efetuar o requerimento;
- (6)** Endereço completo, com CEP, do Usuário que irá efetuar o requerimento;
- (7)** E-mail do Usuário que irá efetuar o requerimento;
- (8)** Local e data da assinatura do requerimento;
- (9)** Assinatura do usuário.

## 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)

\_\_\_\_\_, (2)

**NOME DO REPRESENTANTE**  
Cargo do Signatário

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

**ANEXO III**

**TERMOS DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO (TCMS)**

\_\_\_\_\_, (1), \_\_\_\_\_, (2), \_\_\_\_\_, (3), \_\_\_\_\_, (4), \_\_\_\_\_, (5), \_\_\_\_\_, (8), vinculado á entidade/órgão \_\_\_\_\_, (9), CNPJ \_\_\_\_\_, (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)

\_\_\_\_\_, (12)

**NOME DO REPRESENTANTE**  
Cargo do Signatário

\_\_\_\_\_, (13)  
\_\_\_\_\_, (14)

\_\_\_\_\_, (16)  
\_\_\_\_\_, (17)

\_\_\_\_\_(15)  
Testemunha

\_\_\_\_\_(18)  
Testemunha

**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) Nº do CPF.
- (4) RG (nº, data e local de expedição).
- (5) Filiação.
- (6) Endereço Completo com CEP.
- (7) E-mail corporativo.
- (8) Telefone.
- (9) Nome da entidade ou órgão no caso de administração pública.
- (10) Número do CNPJ da entidade ou órgão no caso de administração pública.
- (11) Local e data.
- (13) CPF da Testemunha 01
- (14) Assinatura da Testemunha 02
- (15) Nome completo da Testemunha 02
- (16) CPF da Testemunha 02

#### ANEXO IV

#### 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.

\_\_\_\_\_(8), de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
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

## ANEXO V

## TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO ÀS 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), representado pela Entidade \_\_\_\_\_ (7), CNPJ nº \_\_\_\_\_ (8), **CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS** 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:

**Nota Explicativa:** Quando se tratar de Acordo ou Termo de Adesão formalizado por **entidades privadas sem fins lucrativos** a redação deve ser a seguinte:

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 associado voluntariamente à Entidade \_\_\_\_\_ (7), CNPJ nº \_\_\_\_\_ (8), **CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS** a 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 ( ) urbana ( ) rural ( ) da pessoa com deficiência  
 ( ) Aposentadoria por tempo de contribuição ( ) da pessoa com deficiência  
 ( ) Benefícios assistenciais ( ) ao idoso ( ) à pessoa com deficiência ( ) à pessoa com deficiência Microcefalia ( ) Trabalhador Portuário Avulso  
 ( ) Pensão por morte ( ) urbana ( ) rural  
 ( ) Pensão especial síndrome da Talidomida  
 ( ) Pensão Especial - Crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus  
 ( ) Auxílio-reclusão ( ) urbano ( ) rural  
 ( ) Salário Maternidade ( ) urbano ( ) rural  
 ( ) Seguro-desemprego pescador artesanal  
 ( ) Certidão de Tempo de Contribuição - CTC;  
 ( ) Cópia de Processo  
 ( ) Revisão dos benefícios e certidões; e  
 ( ) Recurso;

II - ( ) atualizações para manutenção do benefício e outros serviços relacionados, na modalidade de atendimento à distância, bem como a preparação e instrução de requerimentos para posterior análise pelo INSS; e

III - ( ) orientações e informações sobre formas de acesso aos serviços digitais do INSS.

**Nota Explicativa:** Os grupos de serviços devem ser substituídos pelos serviços inseridos no Plano de Trabalho do Acordo ou Termo de Adesão.

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 o processo de requerimento especificado neste Termo.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (9)

\_\_\_\_\_  
NOME DO USUÁRIO (10)

CÓDIGO PENAL

Art. 171. Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo 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. Essa tabela não faz parte deste documento, deve ser deletada após o preenchimento.

- (1) Nome do usuário.
- (2) Nº do CPF do usuário.
- (3) Nº do RG do usuário.
- (4) Logradouro de residência usuário.
- (5) Município de residência usuário.
- (6) Nº do CEP do usuário.
- (7) Nome da Entidade.
- (8) Nº do CNPJ da Entidade.
- (9) Local e Data.
- (10) Assinatura do usuário.



Documento assinado eletronicamente por **LEA BRESSY AMORIM, Superintendente Regional Norte/Centro-Oeste**, em 25/11/2024, às 15:27, 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 **AUDRIA SANTANA MOIA, Usuário Externo**, em 28/11/2024, às 16:59, 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](https://sei.inss.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **18545269** e o código CRC **2200A9D9**.