

ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA

INSS-SP / OAB-SP

Montagem do Processo

Orientações Gerais

- Em todas as solicitações, a entidade deverá adotar os seguintes procedimentos:

- 1) Inserir arquivo contendo **requerimento, termo de representação e documentação do procurador**, além dos documentos pessoais do requerente;
 - 2) Informar nos campos específicos telefone e e-mail para contato;
 - 3) A documentação deverá ser autenticada no sistema próprio (requerimento.inss.gov.br).
-

Orientações Gerais

- Todos os documentos podem ser digitalizados e salvos em um **único arquivo**, desde que tenham a mesma característica – originais, terceiros ou simples. A ordem dos documentos está informada no próximo *slide*.
 - Dois ou mais documentos da mesma espécie – CTPS, por exemplo, devem ser digitalizados em ordem cronológica.
 - Não esquecer de inserir o termo de representação e os documentos pessoais do procurador.
 - Verificar o arquivo antes de inseri-lo no sistema, para evitar a disponibilização de digitalizações ilegíveis, de cabeça para baixo, documentos dobrados etc.
-

ORDEM DOS DOCUMENTOS DIGITALIZADOS

1º	2º	3º	4º
REQUERIMENTO	DOCUMENTO PESSOAL DO SOLICITANTE, INSTITUIDOR, DEPENDENTES	CARTEIRA DE TRABALHO e PREVIDÊNCIA SOCIAL - CTPS;	OUTROS DOCUMENTOS NÃO RELACIONADOS E QUE O CIDADÃO QUEIRA ADICIONAR:
TERMO DE REPRESENTAÇÃO	CERTIDÃO DE NASCIMENTO	CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO - CTC;	SIMULAÇÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	CERTIDÃO DE CASAMENTO	CARNES: FORMULÁRIOS DE ATIVIDADE ESPECIAL	PETIÇÃO
CPF DO PROCURADOR OU REPRESENTANTE, se houver.	CERTIDÃO DE ÓBITO	DOCUMENTAÇÃO RURAL; e OUTROS.	ETC.

Todos os documentos podem ser digitalizados e salvos em um **único arquivo**, desde que tenham a mesma característica – originais, terceiros ou simples.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE AUXÍLIO RECLUSÃO/PENSÃO POR MORTE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	
2. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO		
CEP:	RUA:	
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
Nº TELEFONE:		
4. FATO GERADOR DO BENEFÍCIO		
<input type="radio"/> Ausência <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Reclusão		
5. DADOS DO INSTITUIDOR DO BENEFÍCIO		
NOME:		CPF:
6. DADOS DE TODOS OS DEPENDENTES		
VÍNCULO: <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Irmã(o)	NOME:	
	CPF:	
VÍNCULO: <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Irmã(o)	NOME:	
	CPF:	
VÍNCULO: <input type="radio"/> Cônjuge <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Irmã(o)	NOME:	
	CPF:	
7. ESCOLHA ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE ENQUADRAM NA SUA SITUAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Autorizo o INSS a creditar os valores do benefício em minha conta bancária descrita abaixo:		
<input type="radio"/> Conta corrente individual <input type="radio"/> Conta corrente conjunta <input type="radio"/> Conta poupança		
Banco:	Agência (c/ DV):	Conta (c/ DV):
<input type="checkbox"/> Opto em receber comunicações e autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no e-mail, nos termos do §3º do Art. 42 do anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS de 11/11/2011.		
E-MAIL:		

Pelo presente, declaro, sob pena de incorrer na prática do crime previsto o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ser completas e verdadeiras as informações acima expostas.

Localidade

Data

Assinatura

Preencher quando o requerente for representante legal

NOME:	CPF:
-------	------



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA POR IDADE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO		
NOME:		
DATA DE NASCIMENTO:	CPF:	
2. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO		
CEP:	RUA:	
BAIRRO:	CIDADE:	ESTADO:
Nº TELEFONE:		
3. ESCOLHA ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE ENQUADRAM NA SUA SITUAÇÃO		
<input type="checkbox"/>	Solicito aposentadoria da pessoa com deficiência regulamentada pela Lei Complementar 142.	
<input type="checkbox"/>	Autorizo a reafirmação da Data de Entrada do Requerimento (DER) para o dia no qual completo os requisitos necessários para a concessão da aposentadoria.	
<input type="checkbox"/>	Autorizo o INSS a creditar os valores do benefício em minha conta bancária descrita abaixo:	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Banco:	Agência (c/ DV):	Conta (c/ DV):
<input type="checkbox"/>	Opto em receber comunicações e autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no e-mail, nos termos do §3º do Art. 42 do anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS de 11/11/2011.	
E-MAIL:		

Pelo presente, declaro, sob pena de incorrer na prática do crime previsto o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ser completas e verdadeiras as informações acima expostas.

Localidade *Data* *Assinatura*

<i>Preencher quando o requerente for representante legal</i>	
NOME:	CPF:



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO DE SALÁRIO MATERNIDADE

1. DADOS DO BENEFICIÁRIO		
NOME: _____		
DATA DE NASCIMENTO: _____	CPF: _____	
2. ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO		
CEP: _____	RUA: _____	
BAIRRO: _____	CIDADE: _____	ESTADO: _____
Nº TELEFONE: _____		
3. FATO GERADOR DO SALÁRIO MATERNIDADE		
<input type="radio"/> Afastamento previsto no §1º do art. 392 <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Adoção <input type="radio"/> Aborto		
4. ESCOLHA ABAIXO APENAS AS OPÇÕES QUE SE ENQUADRAM NA SUA SITUAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Declaro estar desempregada(o) sem atividade remunerada. A extinção do último contrato de trabalho mantido com a empresa _____ ocorreu:		
<input type="radio"/> Em decorrência de pedido de demissão.		
<input type="radio"/> Por justa causa – art. 482 da CLT.		
<input type="radio"/> Em decorrência de dispensa sem justa causa, ocorrida no período compreendido entre o início da gravidez até cinco meses após o parto.		
<input type="radio"/> Devido ao encerramento de contrato por prazo determinado no prazo pré-fixado.		
<input type="radio"/> Rescisão contratual antes do início da gravidez.		
<input type="checkbox"/> Autorizo o INSS a creditar os valores do benefício em minha conta bancária descrita abaixo:		
<input type="radio"/> Conta corrente individual <input type="radio"/> Conta corrente conjunta <input type="radio"/> Conta poupança		
Banco: _____	Agência (c/ DV): _____	Conta (c/ DV): _____
<input type="checkbox"/> Opto em receber comunicações e autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no e-mail, nos termos do §3º do Art. 42 do anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS de 11/11/2011.		
E-MAIL: _____		

Pelo presente, declaro, sob pena de incorrer na prática do crime previsto o art. 299 do Código Penal Brasileiro, ser completas e verdadeiras as informações acima expostas.

Localidade

Data

Assinatura

Preencher quando o requerente for representante legal

NOME: _____	CPF: _____
-------------	------------

TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS

Eu, [nome do representado], inscrito (a) no CPF nº [nº do CPF do representado], RG nº [nº de identidade do representado], residente e domiciliado (a) em [logradouro da residência], no Município de [município de residência], CEP [nº do CEP], representado pela Entidade [Nome da Entidade Acordante], CNPJ nº [nº do CNPJ da Entidade Acordante], CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS para me representar perante o INSS na solicitação do serviço ou benefício abaixo indicado e AUTORIZO a referida Entidade, na pessoa de seus agentes autorizados, a terem acesso apenas às informações pessoais necessárias a subsidiar o requerimento eletrônico do serviço ou benefício abaixo elencado:

- | | | | | | | |
|------|--------------------------|---|--------------------------|-------|--------------------------|--------|
| I. | <input type="checkbox"/> | Aposentadoria por Idade | <input type="checkbox"/> | rural | <input type="checkbox"/> | urbana |
| II. | <input type="checkbox"/> | Aposentadoria por Tempo de Contribuição | | | | |
| III. | <input type="checkbox"/> | Pensão por Morte Previdenciária | <input type="checkbox"/> | rural | <input type="checkbox"/> | urbana |
| IV. | <input type="checkbox"/> | Auxílio-Reclusão | <input type="checkbox"/> | rural | <input type="checkbox"/> | urbano |
| V. | <input type="checkbox"/> | Salário Maternidade | <input type="checkbox"/> | rural | <input type="checkbox"/> | urbano |

Podendo, para tanto, praticar os atos necessários ao cumprimento deste mandato, em especial, prestar informações, acompanhar requerimentos, cumprir exigências, ter vistas e tomar ciência de decisões sobre processos de requerimento de benefícios operacionalizados pelo Instituto.

[Local], _____ de _____ de 20__.

Assinatura do (a) Representado (a)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por este Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular esta Procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente de que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos arts. 171 e 299, ambos do Código Penal.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO PROCURADOR
---------------------	---------------------------------

CÓDIGO PENAL

Art. 171. Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo 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.

Configurações da digitalização

- **Resolução: 150 dpi**
- **Modo de cor: 24 bits colorido**

Essas configurações asseguram legibilidade e tamanho adequado do arquivo digital, que não deve exceder 5 MB por arquivo e 50 MB por requerimento.



NOMENCLATURA PADRÃO DE ARQUIVOS POR TIPO DE DOCUMENTO.

- ✓ **Documentos originais:**
PRIMEIRO NOME_9999999999_ORIGINALS.pdf
- ✓ **Cópias autenticadas por terceiros:**
PRIMEIRO NOME_9999999999_TERCEIROS.pdf
- ✓ **Cópias simples:**
PRIMEIRO NOME_9999999999_SIMPLES.pdf

Se o tamanho do arquivo de um mesmo tipo de documento **exceder 05 MB**, no fracionamento adotar a seguinte nomenclatura:

- ✓ **Documentos originais:**
PRIMEIRO NOME_9999999999_ORIGINALS_01.pdf
PRIMEIRO NOME_9999999999_ORIGINALS_02.pdf
PRIMEIRO NOME_9999999999_ORIGINALS_03.pdf

DIVISÃO DE ARQUIVOS PDF MAIORES QUE 5MB

PDF SAM

CADASTROS.pdf 03/09/2018 15:14 Adobe Acrobat D 5.649 KB

Abrir com o Adobe Acrobat Reader DC

Abrir

Imprimir

PDF24

7-Zip

Scan with OfficeScan

Abrir com

Compartilhar com

Restaurar versões anteriores

Enviar para

Recortar

Copiar

Criar atalho

Excluir

Renomear

Propriedades

Área de trabalho (criar atalho)

Destinatário de email

Destinatário do fax

Documentos

Pasta compactada

PDF24

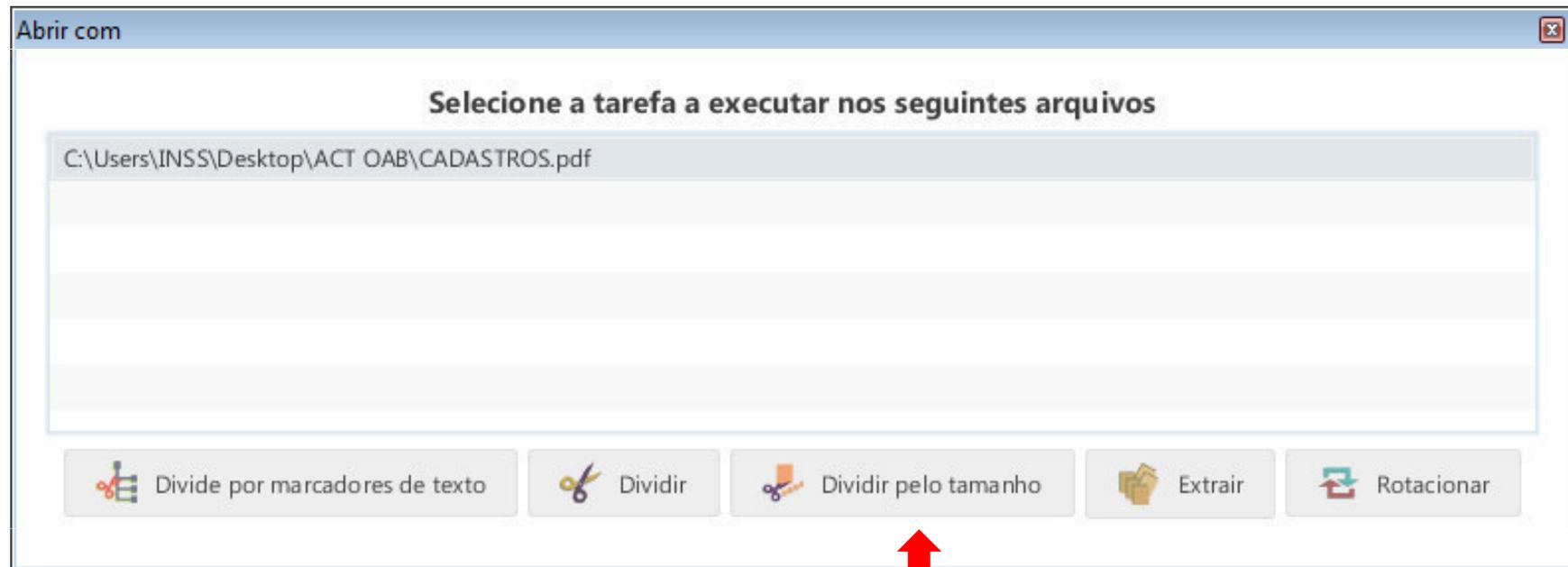
PDFsam Basic

Windows (C:)

Unidade de DVD-RW (D:)

Configurador de Proxy (Manumission) (\\lxspisr01\SRI\publico\ti) (I:)

gex_sto_andre (\\lxspisne01) (Z:)



PDF Split and Merge Basic Edition

PDFSAM @Dividir pelo tamanho

C:\Users\INSS\Desktop\ACT OAB\CADASTROS.pdf Selecionar

Páginas: 49, Versão do PDF: 1.4

▼ **Configurações de divisão** **4800**

Dividir neste tamanho: Megabytes Kilobytes

▼ **Configurações de saída**

C:\Users\INSS\Desktop\ACT OAB Selecionar

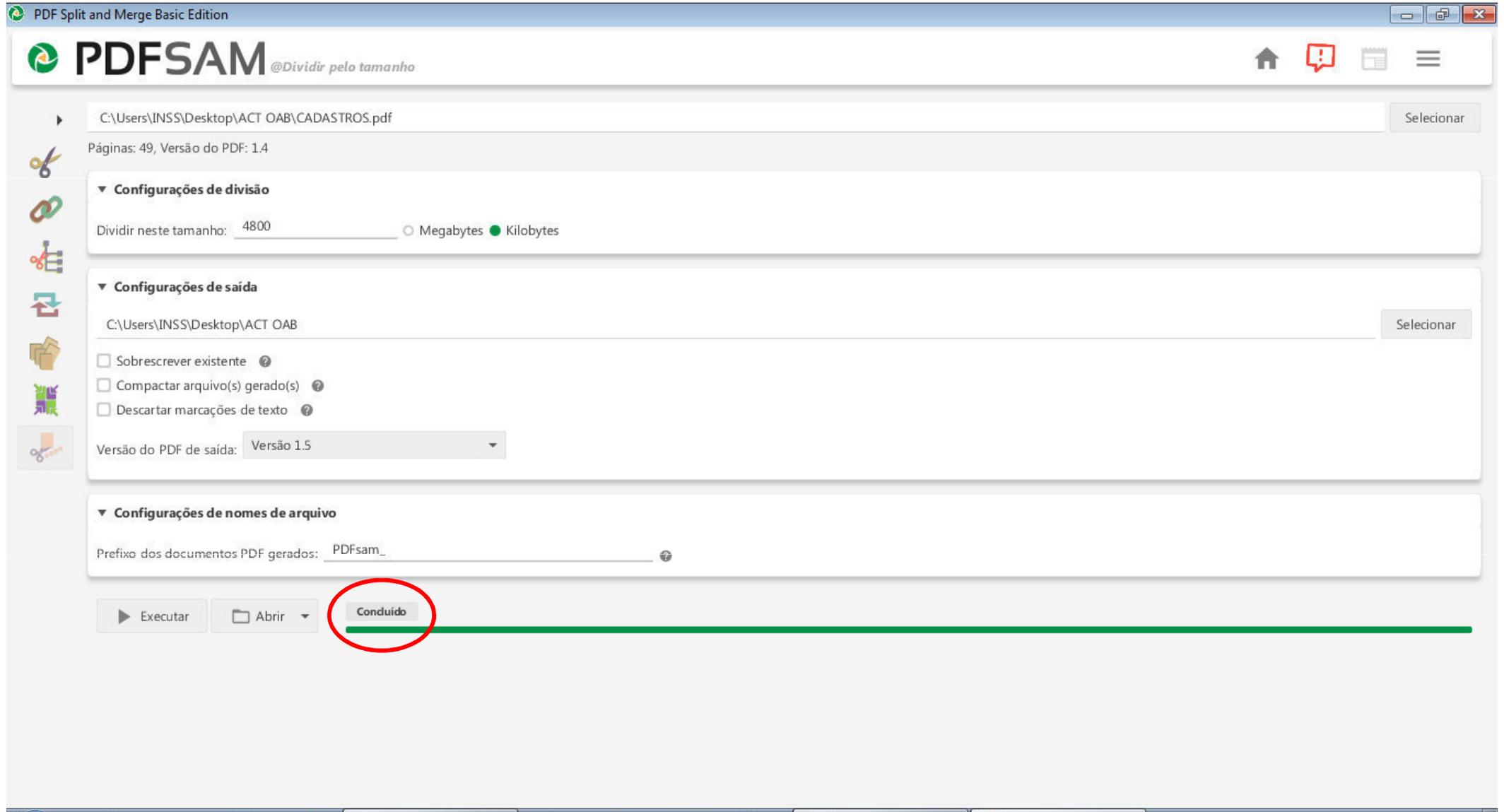
Sobrescrever existente ?
 Compactar arquivo(s) gerado(s) ?
 Descartar marcações de texto ?

Versão do PDF de saída:

▼ **Configurações de nomes de arquivo**

Prefixo dos documentos PDF gerados: **Excluir o texto automático "PDFSam_"**





Nome	Data	Tipo	Tamanho
 1_PDFsam_CADAST...	03/09/2018 15:48	Adobe Acrobat D...	4.798 KB
 43_PDFsam_CADAS...	03/09/2018 15:48	Adobe Acrobat D...	917 KB