

Acordo de Cooperação Técnica Municípios

Acordo de Cooperação Técnica - ACT

O ACT é um acordo que o Município assina, em conjunto com o INSS, permitindo que os munícipes possam requerer benefícios previdenciários e assistenciais sem a necessidade de deslocamento até uma Agência do INSS.

Como funciona?

O Município apresenta os documentos para celebração do Acordo e quando estiver tudo pronto para operacionalizar, o representante indicado pelo Município recebe o cidadão, preenche os formulários, digitaliza a documentação e envia digitalmente para análise pelo INSS.

O INSS direciona seus esforços para a análise e retorna a resposta para o Cidadão por meio do parceiro.

Quais são os ganhos para o município?

Com essa parceria, o Município e sua população têm diversos ganhos, listamos os principais:

- Redução de gastos com transporte de munícipes para uma agência do INSS mais próxima;
- Estreitamento de laços entre a Prefeitura e sua população;
- Conforto para os seus munícipes;
- Reconhecimento por parte do cidadão.

Você sabia que, na maioria dos municípios, o valor pago em benefícios, mensalmente, ultrapassa o valor do FPM - Fundo de Participação dos Municípios?

Encaminhe a manifestação de interesse do seu município para a Gerência-Executiva do INSS de sua abrangência para que possamos dar início a essa parceria tão importante para a população.



Acordo de Cooperação Técnica

Municípios

Documentos para celebrar o ACT

- Manifestação de Interesse assinada pelo representante legal da entidade, Prefeito ou Prefeita (modelo fornecido pelo INSS);
- Lei ou ato que instituiu o ente;
- Cópia do ato que outorga ou delega competências ao representante legal, Prefeito ou Prefeita, para celebrar o acordo (Diploma, Ata de Posse e Termo de Posse);
- Cópia dos documentos pessoais do representante legal, Prefeito ou Prefeita, para celebrar o acordo;
- Cópia do comprovante de residência do representante legal, Prefeito ou Prefeita, para celebrar o acordo;
- Declaração de Concordância e Veracidade preenchida e assinada, pelo representante legal, Prefeito ou Prefeita, para celebrar o acordo (modelo fornecido pelo INSS);
- Prova da regularidade previdenciária, mediante comprovação de inexistência de débitos relativos às contribuições devidas ao INSS;
- Certificado de Regularidade Previdenciária – CRP, quando o município também tiver Regime Próprio de Previdência Social;
- Indicação de dois representantes (modelo de formulário fornecido pelo INSS);
- Cópia do documento de identificação dos representantes indicados;
- Comprovante de residência dos representantes indicados;
- Termo de Compromisso de Manutenção de Sigilo - TCMS, preenchido e assinado, pelo representante indicado e por duas testemunhas (modelo fornecido pelo INSS);
- Termo de Ciência do Material de Boas Práticas e Recomendações de Segurança Cibernética (modelo fornecido pelo INSS);
- Declaração de Concordância e Veracidade preenchida e assinada pelos representantes indicados (modelo fornecido pelo INSS).

Encaminhe a manifestação de interesse do seu município para a Gerência-Executiva do INSS de sua abrangência para que possamos dar início a essa parceria tão importante para a população.



ANEXO I

PORTARIA PRES/INSS Nº 1.538, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022

MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE

RAZÃO SOCIAL:		
CNPJ:		
ENDEREÇO:		
CIDADE:	UF:	CEP:
RESPONSÁVEL LEGAL PELO ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA:		
CPF:		
TELEFONE:	E-MAIL:	

1. Especificar o tipo de entidade:

Administração pública Direta (união, Estados e Municípios): qualquer usuário usuários da área de abrangência da entidade.

Administração pública Indireta (Autarquias, Fundações, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista).

Entidade privada sem fins lucrativos (associações, Sindicatos, Organizações da Sociedade Civil - OSC, entidades fechadas de previdência complementar).

Entidade privada com fins lucrativos (empresas).

Entidade privada sem fins lucrativos que representa pessoas jurídicas.

Entidade privada sem fins lucrativos que representa pessoas naturais e jurídicas.

2. A Pessoa Jurídica em referência, por seu representante legal, abaixo assinado, propõe a esse Instituto a celebração de Acordo de Cooperação Técnica - ACT para que a Acordante realize, em favor _____, a prestação de serviços, informações, orientações, instrução e preparação de requerimentos de benefícios e serviços, conforme grupos de serviços assinalados abaixo. A especificação dos serviços por grupo selecionado constará no Plano de Trabalho e deverá estar correlacionado à atividade finalística da Acordante e alinhados com a Missão do INSS.

Grupo I - requerimentos:

benefícios previdenciários, exceto benefícios por incapacidade (auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez).

benefícios assistenciais ao idoso e ao portador de deficiência.

seguro-desemprego do pescador artesanal – DEFESO.

certidão de tempo de contribuição - CTC.

revisão dos benefícios e certidões.

recurso.

Grupo II

Atualizações para manutenção do benefício e outros serviços relacionados, na modalidade de atendimento à distância.

Obs.: A manutenção ficará vinculada à área de abrangência do ACT.

Grupo III

Orientações e informações.

Orientações e demais serviços que venham a ser disponibilizados pelo INSS para uso dos parceiros.

Participar de projeto piloto para novos serviços que serão disponibilizados pelo INSS para uso dos parceiros.

3. Declaro que possuo capacidade técnica necessária tanto para celebração de ACT quanto para Adesão e condições de adequar as instalações físicas para atender as necessidades informadas para a realização do objeto do ACT.

_____, de _____ de _____.

NOME DO SIGNATÁRIO/ ENTIDADE
Cargo do Signatário



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Superintendência Regional Norte/Centro-Oeste

CADASTRO DE USUÁRIO EXTERNO NO SISTEMA ELETRÔNICO DE INFORMAÇÕES - SEI-INSS

Nome completo e sem abreviaturas:	
Registro Geral (Identidade):	Órgão Expedidor:
CPF:	Telefones com DDD:
Endereço eletrônico (e-mail):	
Razão social da entidade/instituição/órgão/empresa que representa (se houver):	
CNPJ:	

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E VERACIDADE

Declaro aceitar os termos e condições que regem o processo eletrônico, previstos no Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015, e demais normas aplicáveis, admitindo como válida a assinatura eletrônica na modalidade cadastrada (login e senha) e tendo como consequência a responsabilidade pelo uso indevido das ações efetuadas, as quais serão passíveis de apuração de responsabilidade civil, penal e administrativa.

Declaro, ainda, que são de minha exclusiva responsabilidade:

- I - o **sigilo da senha de acesso**, não sendo oponível, em qualquer hipótese, alegação de uso indevido;
- II - a **conformidade entre os dados informados**, no preenchimento dos campos obrigatórios e a anexação dos documentos essenciais e complementares;
- III - a **inclusão dos documentos digitais** em conformidade com os requisitos estabelecidos pelo sistema, no que se refere ao formato e ao tamanho dos arquivos transmitidos eletronicamente;
- IV - a **conservação dos originais em papel de documentos digitalizados** enviados por meio de peticionamento eletrônico até que decaia o direito da Administração Pública de rever os atos praticados no processo, para que, caso solicitado, sejam apresentados ao INSS para qualquer tipo de conferência;
- V - a **verificação**, por meio do recibo eletrônico de protocolo, do recebimento dos documentos transmitidos eletronicamente;
- VI - a observância de que os atos processuais em meio eletrônico se consideram realizados no dia e na hora do recebimento pelo SEI-INSS, considerando-se tempestivos os atos praticados até às 23 horas

e 59 minutos e 59 segundos do último dia do prazo, considerado sempre o horário oficial de Brasília/DF, independente do fuso horário em que se encontre o usuário externo;

VII - as condições de sua rede de comunicação, o acesso a seu provedor de internet e a configuração do computador utilizado nas transmissões eletrônicas.

_____, de _____ de _____. Cidade/UF

Assinatura do Usuário

OBS: Anexar cópia do registro geral (identidade), cpf e comprovante de residência.

ANEXO VII
PORTARIA PRES/INSS Nº 1.538, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022

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

NOME DO REPRESENTANTE	Nº	E-MAIL	ENDEREÇO	DATA DA INCLUSÃO	TELEFONE	CADASTRADOR EXTERNO (S) SIM (N) NÃO	OPERACIONALIZA O ACORDO (S) SIM (N) NÃO	ACESSO AO CANAL DE ATENDIMENTO (S) SIM (N) NÃO

_____, de _____ de _____

NOME DO REPRESENTANTE
Cargo do Signatário

TERMO DE COMPROMISSO DE MANUTENÇÃO DE SIGILO (TCMS)

vinculado á entidade/órgão _____ CNPJ _____
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 _____

NOME DO REPRESENTANTE
Cargo do Signatário

TESTEMUNHAS:	
NOME:	NOME:
CPF:	CPF:
ASSINATURA:	ASSINATURA:

ANEXO XII
PORTARIA PRES/INSS Nº 1.538, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2022

TERMO DE CIÊNCIA DO MATERIAL BOAS PRÁTICAS E RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA CIBERNÉTICA

Eu, _____, inscrito (a) no CPF nº _____, RG nº _____, expedido em _____, residente e domiciliado(a) em _____, _____ 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 _____ que por estar de acordo com as recomendações do Material Boas Práticas e recomendações de Segurança Cibernética.

_____, de _____ de 20__.

Assinatura