



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

**Requisitos para Formalização de Acordo de Cooperação Técnica – ACT
para operacionalização de empréstimo consignado**

LISTA DE ANEXOS

ANEXO	CONTEÚDO
I	Documentos e requisitos necessários
II	Ofício - Manifestação de interesse para celebrar ACT - padrão
III	Autodeclaração de Desimpedimento
IV	Autodeclaração de Capacidade Técnica e Operacional
V	Autodeclaração de Qualificação Técnica
VI	Autodeclaração de Atendimento ao art. 7º, XXXIII, CF
VII	Autodeclaração de Adimplência perante a Administração Pública
VIII	Autodeclaração de Modalidade de Operação, Conta para Repasse e CBC
IX	Declaração de Concordância com a Minuta do Acordo e Plano de Trabalho
X	<i>Checklist</i> de Documentos e requisitos necessários para Formalização ou Renovação de ACT



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO I

DOCUMENTOS E REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA CELEBRAÇÃO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA - EMPRÉSTIMO CONSIGNADO

As operações de empréstimo consignado encontram previsão na Lei nº 10.820, de 17 de dezembro de 2003 e na Instrução Normativa INSS/PRES Nº 138, de 10 de novembro de 2022, que estabelece critérios e procedimentos operacionais relativos à consignação de descontos para pagamento de empréstimos e cartão de crédito, contraídos nos benefícios da Previdência Social.

Os Acordos para operacionalização de empréstimos consignados são celebrados conforme a Portaria nº 76 /DIRBEN/INSS, de 03 de fevereiro de 2020, que aprova as minutas-padrão dos Acordos de Cooperação Técnica e respectivos Planos de Trabalho (**ANEXO XI**), não podendo alterar a minuta padrão.

1. ORIENTAÇÕES INICIAIS:

1.1 Todos os documentos deverão ser apresentados através de **peticionamento eletrônico** no Sistema Eletrônico de Informações - SEI-INSS através de solicitação ao Acesso Externo SEI-INSS, conforme tutorial específico (1. Cadastro usuário externo SEI-INSS).

1.2 Após a solicitação de acesso externo ao SEI-INSS aguardar a autorização da DCBEN para iniciar o peticionamento eletrônico.

1.3 Os documentos emitidos pela Requerente devem constar em papel timbrado e, preferencialmente, com assinatura eletrônica.

1.4 Documentos originais que necessitem de autenticação deverão, também, ser enviados, à Divisão de Consignações em Benefícios – DCBEN, da Diretoria de Benefícios - DIRBEN no endereço: SAUS, Quadra 2, Bloco "O", 8º andar, Brasília/DF, CEP: 70.070.946 – ou entregue no protocolo do INSS neste endereço (andar térreo).

1.5 O cadastro da instituição financeira na plataforma *consumidor.gov.br* na condição de fornecedor (empresa previamente cadastrada para receber, responder e resolver reclamações de consumidores no sistema), em conformidade com os atos normativos emitidos pela Secretaria Nacional do Consumidor – Senacon, é requisito essencial para a formalização do Acordo.

1.6 Dúvidas relacionadas à celebração/documentos/requisitos do Acordo devem ser encaminhadas à Divisão de Consignações em Benefícios – DCBEN/INSS através do e-mail <acordo.emprestimoconsignado@inss.gov.br>.

1.7 Dúvidas referentes a questões relacionadas à tecnologia da informação devem ser encaminhadas à Dataprev através do e-mail <atendimento.consignado@dataprev.gov.br>

2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS (peticionar individualmente no SEI-INSS):



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

2.1. Ofício de **manifestação de interesse** para celebrar Acordo de Cooperação Técnica (ACT) com o INSS para operacionalizar o empréstimo consignado em benefícios previdenciários, que contenha cumulativamente as seguintes informações (**modelo ANEXO II**):

2.1.1. **Razões** da Instituição para a propositura do ACT;

2.1.2. Informações quanto à **rede de atendimento** da Instituição Requerente;

2.1.3. Informações quanto à **viabilidade** em executar o ACT e quanto à **adequação** do ACT à missão institucional da Requerente;

2.1.4. Informações detalhadas quanto à **capacidade** em atender a política pública de acesso ao crédito consignado relativa a ofertar taxas observando o limite estabelecido pelo INSS e possuir experiência mínima;

2.1.5. Indicação do **capital social**, contendo informação:

2.1.5.1. Assembleia Geral mais recente que alterou o capital social;

2.1.5.2. Ofício de homologação do Banco Central do Brasil de alteração do capital social; e

2.1.5.3. Processo administrativo registrado na Junta Comercial do estado que alterou o valor do capital social;

2.1.5.4. No caso de cooperativas apresentar os últimos **balancetes**;

2.1.6. **Relação nominal atualizada de todos os dirigentes**, contendo CPF;

2.1.7. Indicação dos nomes dos representantes que assinarão o ACT com **artigo, inciso e alínea** do Estatuto Social, ou do ato específico, ou do ato de delegação que estabelece a **competência específica para firmar o Acordo junto à Administração Pública Federal**;

2.1.7.1. Em caso de **procuração** indicar o artigo, inciso e alínea do Estatuto Social que autoriza a delegação de poderes e estabelece a competência para firmar o Acordo pelos procuradores designados;

2.1.8. Indicação do nome completo e CPF de 1 (uma) testemunha, para assinatura do ACT; (*opcional*)

2.1.9. Indicação de contatos de telefones e *e-mails* para troca de informações referentes ao ACT;

2.1.10. **Declaração de compromisso** em respeitar os termos da legislação referente ao empréstimo consignado (Lei nº 10.820/2003 e Instrução Normativa INSS/PRES nº 138/2022), bem como do ACT e do Plano de Trabalho;

3. Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

4. Estatuto Social, Regimento Interno ou Contrato Social e alterações atualizadas registradas em cartório competente;

5. **Procuração** ou ato que outorga ou delega competências ao representante legal para firmar o Acordo, observando competência estabelecida no Estatuto Social ou Regimento Interno (se houver);

6. Ata da última Assembleia Geral que elegeu os atuais os dirigentes;

7. Ata da última Assembleia Geral que alterou o capital social;

8. Ofício de homologação dos atuais dirigentes pelo Banco Central;



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

9. Ofício de homologação do capital social atualizado pelo Banco Central;
10. Cópia integral do processo administrativo havido na Junta Comercial do estado que alterou o valor do capital;
11. Termo de posse dos dirigentes/representantes que assinarão o Termo do Acordo e assinaram a **procuração**, se houver, observando a previsão que autoriza a assinatura de Acordo estabelecida no Estatuto Social ou Regimento Interno ou procuração;
12. Documentos pessoais (documento de identificação civil e CPF) dos dirigentes/representantes e da testemunha que assinarão o Acordo.
 - 12.1. Em caso de **procuração** apresentar cópia dos documentos dos dirigentes que assinaram a procuração e dos representantes que receberam os poderes para firmar o Acordo;
13. Certidão emitida pelo Banco Central do Brasil que ateste que a Requerente se enquadra no conceito de Instituição Financeira, na forma da Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964, e esteja devidamente autorizada a funcionar como tal (art. 4, XVIII, IN n.º 138/2022;
14. Declaração **individualizada** de Desimpedimento de exercer função de administrador, referente a cada representante que assinará o ACT, conforme Estatuto Social (**modelo ANEXO III**);
15. Autodeclaração que ateste a **Capacidade Técnica e Operacional** em cumprir o objeto do ACT requerido e comprovação de experiência mínima (**modelo do ANEXO IV**);
16. Autodeclaração de **Qualificação Técnica** nos termos da IN INSS/PRES nº 138/2022 (**modelo do ANEXO V**);
17. Autodeclaração de **Atendimento do inciso XXXIII do art. 7º da CF/88 (modelo do ANEXO VI)**;
18. Autodeclaração de **Adimplência** perante a Administração Pública para comprovação de **inexistência de débitos** junto a qualquer órgão da Administração Pública Federal Direta e Indireta (**modelo do ANEXO VII**);
19. Declaração informando, **conforme modelo do ANEXO VIII**:
 - 19.1. modalidade que deseja operar: cartão de crédito, consignação e retenção (somente para bancos pagadores de benefício conforme pregão);
 - 19.2. conta **reserva bancária ou conta corrente** (somente para as Instituições que não possuem conta reserva);
 - 19.3. CBC – código de compensação (deve informar caso não tenha para que o INSS cadastre um código que o identificará nas operações); e
 - 19.4. informar se a IF já operou empréstimo consignado com o INSS anteriormente e em qual período;
20. Declaração de **conhecimento e aprovação** dos termos da minuta do ACT (padrão), bem como do respectivo Plano de Trabalho, constante da **Portaria nº 76 /DIRBEN/INSS**, de 03 de fevereiro 2020;
21. Comprovante de endereço: cópia de documento que comprove que a organização da sociedade civil funciona no endereço por ela declarado, como conta de consumo ou contrato de locação (*não envie documento protegido por senha*);



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

• **Certidões, listas e cadastro (todos os documentos devem ser gerados em PDF);**

22. **CND** Tributos Federais e Dívida Ativa da União;
23. **CND** Tributos e Dívida Ativa Estadual;
24. **CND** Tributos e Dívida Ativa Distrital (*se houver*);
25. **CND** Tributos e Dívida Ativa Municipal;
26. **CNDT** - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
27. Certificado de Regularidade do FGTS-CRF, emitido pela CAIXA;
28. Certidão do CEIS – Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas, emitido pela CGU;
29. Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal-CADIN, consulta pelo Banco Central - SISBACEN;
30. Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF (*consulta: Situação do Fornecedor – sem pendências*);
31. Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos, emitida pelo TCU, consulta **CNPJ**, no site <https://contas.tcu.gov.br/>;
32. Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos, emitida pelo TCU, consulta **CPF dos representantes que assinarão o ACT**;
33. Certidão Negativa do Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, emitida pelo CNJ, consulta **CNPJ**, no site https://www.cnj.jus.br/improbidade_adm/consultar_requerido.php;
34. Certidão Negativa do Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade, emitida pelo CNJ, consulta **CPF dos representantes que assinarão o ACT**;
35. Certidão Contas Julgadas Irregulares, emitida pelo TCU, consulta CNPJ, no site;
36. Certidão Contas Julgadas Irregulares, emitida pelo TCU, consulta **CPF dos representantes que assinarão o ACT**, no site <https://contasirregulares.tcu.gov.br/ordsext/f?p=105:3:0>;
37. Certidão de inabilitados para função pública, emitida pelo TCU, consulta **CPF dos representantes que assinarão o ACT**, no site <https://contas.tcu.gov.br/ords/>;
38. Comprovantes de adesão, compromisso e uso, na condição de fornecedor, da plataforma consumidor.gov.br:
 - 37.1. Formulário de adesão do fornecedor;
 - 37.2. Formulário ou outro documento que comprove o requerimento de adesão (para fins de formalização inicial do processo do ACT, porém para a publicação é **obrigatório** o efetivo cadastro na plataforma)
38. Comprovante de cadastro na Plataforma: Não me Perturbe.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

39. Os **novos moldes do ACT possibilitam também a operacionalização do Cartão Consignado de Benefício**. A Acordante que optar por não operacionalizar o cartão consignado no momento da celebração do ACT, poderá aderir em oportunidade posterior, desde que sejam entregues as declarações a seguir, para serem anexadas ao processo:

39.1. Declaração expressa do Requerente de que se obriga, nas operações de contratação do cartão consignado de benefícios, a cumprir os termos da RESOLUÇÃO CNPS Nº 1.348, DE 12 DE ABRIL DE 2022 e da INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 138, de 2022, no que tange:

- I. a oferta mínima de: auxílio funeral e seguro de vida, sem limite de idade, no valor de, no mínimo, R\$ 2.000,00 cada, atualizado anualmente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC, independente da causa mortis, bem como descontos em redes de farmácias conveniadas;
- II. a utilização, em todos os casos, do Termo de Consentimento Esclarecido, nos moldes estabelecidos pelo INSS;
- III. o envio, no ato da contratação, de material informativo para melhor compreensão do produto;
- IV. a entrega do cartão em meio físico para o beneficiário e das apólices de seguro de vida e do auxílio-funeral;
- V. o envio da fatura em meio físico ou eletrônico, respeitada a opção do beneficiário, com informações essenciais mínimas em destaque;
- VI. a limitação do prazo previsto para liquidação do saldo conforme praticado no empréstimo consignado;
- VII. a amortização mensal constante e de mesmo valor, na ausência de novas compras ou saques; e
- VIII. a contratação somente poderá ser efetivada na Unidade da Federação em que o beneficiário tem seu benefício mantido.

39.2. Declaração de ciência de que o seguro de vida será pago no prazo estabelecido pela regulamentação específica da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP;

39.3. Declaração discriminando como será pago o auxílio funeral (em pecúnia ou prestação do serviço, respeitado o prazo de até 05 (cinco) dias úteis a contar do pedido.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO II

OFÍCIO DE MANIFESTAÇÃO DE INTERESSE PARA CELEBRAÇÃO ACT DE EMPRÉSTIMO CONSIGNADO [requerimento padrão]

OFÍCIO N.º XXX/(ANO) (nº informado pela requerente)

Município-UF, [data, mês e ano].

Ao
Instituto Nacional do Seguro Social-INSS
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Divisão de Consignações em Benefícios
Setor de Autarquias Sul, Quadra 02, Bloco 'O', 8º andar, Brasília-DF
CEP: 70.070-946
e-mail: acordo.emprestimoconsignado@inss.gov.br

Assunto: **Manifestação de interesse para firmar Acordo de Cooperação Técnica (ACT) para operacionalização de empréstimo consignado em benefícios previdenciários**

O BANCO [RAZÃO SOCIAL], pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), entidade (*com ou sem fins lucrativos*) inscrita no CNPJ/ME sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), manifesta o interesse em firmar **ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA - ACT** com o **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**, para fins de operacionalização de empréstimos com pagamento via desconto na renda mensal de benefícios previdenciários.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

2. Seguem as **razões** do Banco [RAZÃO SOCIAL] para a propositura do ACT: (*prestar os devidos esclarecimentos contendo todas as razões que levaram a instituição a requerer a formalização de ACT.....*).
3. Seguem informações do Banco [RAZÃO SOCIAL] quanto à sua **rede de atendimento**, com indicações quanto à capilaridade da rede: (*prestar os devidos esclarecimentos, inclusive quanto às localizações de instalações físicas, matriz, filiais, representações por UF.....*).
4. Seguem informações do Banco [RAZÃO SOCIAL] quanto à sua **viabilidade em executar o ACT** requerido e quanto à adequação do ACT à sua missão institucional: (*prestar os devidos esclarecimentos quanto à adequação do ACT a missão institucional da Requerente....*).
5. Seguem informações do Banco [RAZÃO SOCIAL] quanto à sua **capacidade em atender a política pública** de acesso ao crédito consignado:(*prestar os devidos esclarecimentos quanto as condições/capacidade financeira de ofertar taxas de juros até o limite estabelecido pelo INSS...*).
6. Informamos que nosso **capital social** é da ordem de R\$ (*informar o capital social mais recente deferido pelo BACEN*), conforme homologado pelo Banco Central do Brasil e registrado na Junta Comercial do estado: documentos (*indicando os documentos comprobatórios: i) data da Ata da Assembleia Geral mais recente que alterou o capital social; ii) nº e data do Ofício do BACEN que deferiu a alteração de capital; e iii) nº e data do processo administrativo havido na Junta Comercial do estado que alterou o valor do capital*).
7. Declaramos, assim, que possuímos **capacidade técnica e operacional** (corpo técnico e condições materiais) e **experiência mínima de um ano**, com operações de empréstimo (consignado ou pessoal) para o cumprimento do objeto do pretendido acordo.
8. Segue relação nominal atualizada de todos os dirigentes da entidade acordante, contendo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF: (**indicar o ato, artigo, inciso e alínea que estabeleceu a competência para assinatura de ACT junto a Administração Pública Federal/INSS; em caso de procuração indicar o artigo, inciso e alínea do Estatuto Social que autoriza a delegação de poderes e estabelece a competência para firmar o Acordo pelos procuradores designados***)

NOME	CPF	CARGO	E-MAIL	ART.;INCISO*

8. Indicamos nome, e-mail institucional, e-mail (opcional) e telefone de contato para os trâmites do acordo.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

NOME	E-MAIL INSTITUCIONAL	E-MAIL (opcional)	TELEFONE

9. Declaramos, sob compromisso, conhecer os termos da Lei n.º 10.820, de 17 de dezembro de 2003, e Instrução Normativa INSS/PRES nº 138, de 10 de novembro de 2022, e nos comprometemos a respeitar, sem restrições, todas as condições estipuladas na Legislação, bem como no Acordo de Cooperação Técnica e no respectivo Plano de Trabalho.

10. Indicamos o nome da testemunha da Requerente (*nome completo e CPF*) para assinatura do ACT (*opcional*).

NOME TESTEMUNHA	CPF

11. Estamos enviando, em anexo, os documentos pessoais dos representantes legais do Banco [RAZÃO SOCIAL] que estão aptos, conforme Estatuto Social, a assinar o ACT e as respectivas declarações de desimpedimento em exercer função de administrador, os documentos pessoais da(s) testemunha(s), e toda a documentação exigida pelo INSS para a formalização do ACT.

Atenciosamente,

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]

[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]

[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO III
AUTODECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

Eu, **(NOME COMPLETO EM MAIÚSCULAS E EM NEGRITO)**, (nacionalidade), (estado civil), (profissão), residente e domiciliado em (*indicar endereço completo, contendo rua, número, complemento, andar, bairro, município, UF, CEP*), portador do documento de identificação civil n.º xxxxxxxxxxxxxxxx e do CPF/ME n.º xxx.xxx.xxx-xx, **AUTODECLARO**, sob as penas da lei, que não estou impedido, por lei, de exercer a administração da sociedade e nem condenado ou sob efeitos de condenação, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, suborno, concussão, peculato ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra as normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, a fé pública ou propriedade.

Por ser expressa verdade, firmamos a presente declaração.

UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]
[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]
[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO IV
AUTODECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

O **BANCO [RAZÃO SOCIAL]**, pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), inscrita no CNPJ/ME sob o nº **XX.XXX.XXX/XXXX-XX**, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), **AUTODECLARA** ao **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS** que possui capacidade técnica e operacional para efetivação do Acordo de Cooperação Técnica (ACT), especialmente no que se refere à capacidade técnica e operacional para executar a política pública de acesso ao crédito consignado para aposentados e pensionistas do INSS prevista no art. 6º da Lei N.º 10.820, de 17 de dezembro de 2003, bem como na Instrução Normativa INSS/PRES N.º 138/2022 e **experiência mínima de um ano, em operações de empréstimo** (consignado ou pessoal).

Informamos que possuímos corpo técnico, condições materiais, instalações adequadas, admitida a contratação de profissionais, a aquisição de bens e equipamentos ou a realização de serviços de adequação de espaço para atender ao requisito técnico e operacional e, caso necessário, sendo admitida a contratação de profissionais, a aquisição de bens e equipamentos ou a realização de serviços de adequação de espaço para suprir a demanda do público de aposentados e pensionistas do INSS.

1) LISTAR TODAS AS UNIDADES/FILIAIS DE ATENDIMENTO POR LOCALIDADE E CORRESPONDENTES

2) LISTAR OS ÓRGÃOS, ENTIDADES OU EMPRESAS QUE FIRMARAM CONTRATO OU CONVÊNIO DE EMPRÉSTIMO CONSIGNADO OU PESSOAL DESDE SUA CONSTITUIÇÃO INDICANDO DATA DE INÍCIO E FIM DA VIGÊNCIA.

O(s) signatário(s) declara(m) ainda estar(em) ciente(s) das sanções que poderão lhe(s) ser impostas, de acordo com o art. 299 do Código Penal, na hipótese de falsidade da presente declaração.

Município/UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]
[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]
[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO V

AUTODECLARAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA
(Artigo 32 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 138/2022)

O BANCO [RAZÃO SOCIAL], pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), inscrita no CNPJ/ME sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), **AUTODECLARA** ao **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS** que possui qualificação técnica para efetivação do Acordo de Cooperação Técnica (ACT) ou que se compromete a realizar as adequações necessárias no prazo de conclusão do contrato com a empresa de tecnologia responsável a que se refere o art. 32 da Instrução Normativa INSS/PRES n.º 138/2022.

O(s) signatário(s) declara(m) ainda estar(em) ciente(s) das sanções que poderão lhe(s) ser impostas, de acordo com o art. 299 do Código Penal, na hipótese de falsidade da presente declaração.

Município/UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]
[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]
[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO VI

AUTODECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART. 7º, XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

O BANCO [RAZÃO SOCIAL], pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), inscrita no CNPJ/ME sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), **AUTODECLARA** ao **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS** que se compromete a observar, durante todo o período de vigência do Acordo de Cooperação Técnica com o INSS, o disposto no art. 7º, inciso XXXIII, da Constituição Federal, adiante transcrito:

“Art. 7º São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: (...) XXXIII - proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998)”.

O(s) signatário(s) declara(m) ainda estar(em) ciente(s) das sanções que poderão lhe(s) ser impostas, de acordo com o art. 299 do Código Penal, na hipótese de falsidade da presente declaração.

Município/UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]
[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]
[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO VII

AUTODECLARAÇÃO DE ADIMPLÊNCIA PERANTE A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

O BANCO [RAZÃO SOCIAL], pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), inscrita no CNPJ/ME sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), AUTODECLARA ao INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS que está **REGULARIZADO** com suas obrigações perante qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, Direta e Indireta, dos níveis federal, estadual, distrital e municipal.

O(s) signatário(s) declara(m) ainda estar(em) ciente(s) das sanções que poderão lhe(s) ser impostas, de acordo com o art. 299 do Código Penal, na hipótese de falsidade da presente declaração.

Município/UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]
[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]
[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO VIII

AUTODECLARAÇÃO DE MODALIDADE DE OPERAÇÃO, CONTA PARA REPASSE E CBC

O BANCO [RAZÃO SOCIAL], pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), inscrita no CNPJ/ME sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), AUTODECLARA ao INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS, para fins de formalização de Acordo de Cooperação Técnica – ACT para operacionalização de empréstimos consignados e reservas de margem para cartão de crédito, as seguintes informações:

- CBC – Código de compensação – (*indicar o número, contendo três dígitos*);
- Modalidade de operação: (*indicar a(s) modalidade(s) – empréstimo consignado e/ou cartão de crédito*); e
- Conta para recebimento do repasse de valores consignados: (*indicar dados do Banco, Agência, Conta e ISPB*).
- Já operou com o INSS anteriormente: () SIM () NÃO

Por ser expressa verdade, firmamos a presente declaração.

Município/UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]

[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]

[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA MINUTA DO ACORDO E PLANO DE TRABALHO

O BANCO [RAZÃO SOCIAL], pessoa jurídica de direito (*público ou privado*), instituição financeira constituída na forma de (*exemplo: sociedade por ações, sociedade anônima etc.*), inscrita no CNPJ/ME sob o nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, com sede em [*endereço completo – rua, número, complemento, andar, sala, bairro, município, UF, CEP*], por seus representantes designados conforme (*indicar o artigo do Estatuto Social ou o artigo do ato específico, identificando qual seja este ato específico, que estabelece a competência; caso exista ato delegando a competência para firmar o ajuste, é necessário certificar se a delegação foi feita pelo representante competente para fazê-lo; registra-se a necessidade de observar o procedimento previsto estatutariamente para o exercício da competência, ou da delegação, se houver disciplina específica a respeito*), **APROVA os termos e condições das minutas constantes na Portaria nº 76 de 03/02/2020, alterada pela**

Portaria nº 1.033/DIRBEN/INSS, de 05 de julho 2022:

- (i) do Acordo de Cooperação Técnica a ser celebrado junto ao INSS; e**
- (ii) Plano de Trabalho do ACT.**

Por ser expressa verdade, firmamos a presente declaração.

Município/UF, (dia) de (mês) de 20XX.

[NOME DO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE]
[Nome do cargo do representante legal da Instituição Requerente]
[preferencialmente assinatura eletrônica]

OBS.: EM PAPEL TIMBRADO DA INSTITUIÇÃO REQUERENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios
ANEXO X

**CHECK-LIST DE DOCUMENTOS E REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA FORMALIZAÇÃO OU RENOVAÇÃO DE
ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA – ACT**

DESCRIÇÃO DOS DOCUMENTOS E REQUISITOS	ATENDIMENTO		
	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
1. Ofício contendo Requerimento da Instituição Financeira (IF) em firmar Acordo onde conste a finalidade de operacionalização de empréstimo com pagamento via desconto mensal em benefícios previdenciários (“empréstimo consignado”), modelos ANEXO III, contendo: 1.1. Razões para a propositura do ACT; 1.2. Informações quanto à rede de atendimento e capilaridade; 1.3. Informações quanto à viabilidade em executar o ACT; 1.4. Informações quanto à capacidade em atender a política pública de acesso ao crédito consignado relativa a ofertar taxas observando o limite estabelecido pelo INSS; 1.5. Indicação do capital social, informando: a) a Assembleia Geral mais recente que alterou o capital social; b) Ofício de homologação do Banco Central do Brasil de alteração de capital; e c) Processo administrativo registrado na Junta Comercial do estado que alterou o valor do capital; 1.6. Relação nominal atualizada de TODOS os dirigentes com CPF, com indicação dos dirigentes que assinarão o ACT com o artigo, inciso e alínea do Estatuto Social que estabelece a competência para formar o Acordo; 1.6.1. Em caso de procuração indicar o artigo, inciso e alínea do Estatuto Social que autoriza a delegação de poderes e a representação. 1.7. Indicação do nome completo e CPF de uma testemunha para assinatura do ACT; 1.8. Indicação de telefones e de e-mails de contatos para troca de informações referentes ao ACT 1.9. Declaração de compromisso em respeitar os termos da legislação referente ao empréstimo consignado (Lei n.º 10.820/03 e Instrução Normativa INSS/PRES n.º 138/2022), bem como do ACT e do Plano de Trabalho.			
2. Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ			
3. Regimento Interno, Estatuto Social ou Contrato Social e alterações registradas em cartório competente constando capital social atualizado;			



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

4. Procuração ou ato que outorga ou delega competências ao representante legal para firmar o ajuste (caso a competência não esteja expressa no Regimento Interno) observando a competência estabelecida no Estatuto Social;			
5. Ata da última Assembleia Geral que elegeu os atuais dirigentes;			
6. Ata da última Assembleia Geral que alterou o capital social;			
7. Ofício de homologação pelo Banco Central do Brasil dos atuais dirigentes;			
8. Ofício de homologação pelo Banco Central do Brasil do capital social;			
9. Cópia integral do processo administrativo havido na Junta Comercial do estado que alterou o valor do capital;			
10. Termo de posse dos dirigentes/representantes que assinarão o Termo do Acordo ou assinaram a Procuração, observando a previsão estabelecida no Estatuto Social ou Regimento Interno ou Procuração;			
11. Documentos pessoais (documento de identificação civil e CPF) dos dirigentes/representantes, conforme Estatuto Social, e da testemunha que assinarão o Termo do Acordo. 11.1. Em caso de Procuração enviar cópia dos documentos dos dirigentes que assinaram a procuração e dos representantes que receberam os poderes;			
12. Certidão emitida pelo Banco Central do Brasil[1] que ateste que a Requerente enquadra-se no conceito de Instituição Financeira, na forma da Lei nº 4.595, de 31 de dezembro de 1964, e esteja devidamente autorizada a funcionar como tal (art. 4º, XVIII, IN n.º 138/2022)			
13. Declaração individualizada de desimpedimento de exercer função de administrador, referente a cada representante que assinará o ACT, conforme Estatuto Social, modelo ANEXO V;			
14. Autodeclaração que ateste a capacidade técnica e operacional da Instituição requerente em cumprir o objeto do ACT requerido (corpo técnico, condições materiais, instalações adequadas, admitida a contratação de profissionais, a aquisição de bens e equipamentos ou a realização de serviços de adequação de espaço), modelo ANEXO VI;			
15. Autodeclaração de qualificação técnica (IN INSS/PRES nº 138/2022): aptidão para a troca de informações, conforme especificações técnicas constantes do protocolo de			



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

integração estabelecido entre a Federação Brasileira de Bancos – FEBRABAN, a empresa de tecnologia da informação e o INSS), modelo ANEXO VII;			
16. Autodeclaração de atendimento do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal de 1988, modelo ANEXO VIII;			
17. Autodeclaração de adimplência perante a Administração Pública, comprovação de inexistência de débitos junto a qualquer órgão da Administração Pública Federal Direta e Indireta, modelo ANEXO IX;			
18. Declaração informando, modelo do ANEXO X: 18.1. a modalidade que deseja operar; 18.2. conta reserva bancária ou conta corrente (somente para as Instituições que não possuem conta reserva); e 18.3. CBC – código de compensação (deve informar caso não tenha para que o INSS cadastre um código que o identificará nas operações)			
19. Declaração de conhecimento e aprovação dos termos da minuta do ACT, bem como do respectivo Plano de Trabalho, constante da Portaria N.º 76 /DIRBEN/INSS, de 03 de fevereiro 2020, modelo ANEXO XI;			
20. Comprovante de endereço: cópia de documento que comprove que a organização da sociedade civil funciona no endereço por ela declarado, como conta de consumo ou contrato de locação (<i>não envie documento protegido por senha</i>);			
21. CND Tributos Federais e Dívida Ativa da União;			
22. CND Tributos e Dívida Ativa Estadual;			
23. CND Tributos e Dívida Ativa Distrital (se houver);			
24. CND Tributos e Dívida Ativa Municipal;			
25. CNDT – Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas			
26. Certificado de Regularidade do FGTS - CRF, emitido pela CAIXA;			
27. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas-CEIS;			



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Diretoria de Benefícios e Relacionamento com o Cidadão
Coordenação-Geral de Pagamentos de Benefícios
Coordenação de Pagamentos e Gestão de Benefícios
Divisão de Consignação em Benefícios

28. Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal - CADIN Federal, emitido pelo Sisbacen;			
29. Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores – SICAF;			
30. Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos (TCU) - CNPJ			
31. Certidão Negativa de Licitantes Inidôneos (TCU) - CPF dos representantes que assinarão o ACT;			
32. Certidão Negativa do Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade (CNJ) – CNPJ;			
33. Certidão Negativa do Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa e Inelegibilidade (CNJ) – CPF dos representantes que assinarão o ACT;			
34. Certidão Contas Julgadas Irregulares (TCU) - CNPJ;			
35. Certidão Contas Julgadas Irregulares (TCU) – CPF dos representantes que assinarão o ACT;			
36. Certidão de inabilitados para função pública (TCU) - CPF dos representantes que assinarão o ACT;			
37. Comprovantes de adesão, compromisso e uso, na condição de fornecedor, da plataforma consumidor.gov.br: 37.1 Formulário de Adesão do Fornecedor			
38. Comprovante de cadastro na Plataforma: Não me Perturbe.			
39. Operacionalização do Cartão Consignado de Benefício: 39.1 Declaração da Resolução CNPS Nº 1.348/2022; 39.2 Declaração do seguro de vida (SUSEP); 39.3 Declaração Auxílio Funeral			

[1] Validade conferida no sítio do Bacen (<<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao>>).