

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 115, DE 3 DE MAIO DE 2021
(Anexo III da Minuta de Contrato)

FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS FINAL DO CONTRATO PARA REALIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS POR INTERMÉDIO DA (NOME DA EMPRESA, SINDICATO, ENTIDADE FECHADA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR - EFPC) - (CÓDIGO SINÔNIMO)

Executor: (Nome da Empresa, Sindicato ou EFPC) Código sinônimo: XXXXXXXX* Código sinônimo do centralizador: XXXXXXXXXX		Contrato nº _____							
		Período total da Prestação de contas** De ___/___/___ a ___/___/___							
		Período parcial da Prestação de contas De ___/___/___ a ___/___/___ (data a que se este Relatório)							
Abrangência do Contrato: (_____) 1 - Nacional 2 - Regional ou 3 - Local		APS Executoras: _____							
Origem dos Recursos (Ver anexo)	Item dos (por competência)	Valor do Reembolso recebido	Data do recebimento do Reembolso	Valor dos pagamentos efetuados aos segurados (por competência)	Data em que foram realizados os pagamentos aos segurados.	Diferença detectada (valor)	Relação dos Benefícios que geraram a diferença (caso seja necessário poderá ser informados em anexo)	Descrição dos fatos que geraram a diferença (caso seja necessário poderá ser informados nos anexos do quadro ao lado)	Indicação:
									c - (valores de concessão) m - (valores de maciça) p - (PAB)
Especificação da origem dos recursos utilizados. Indicar o sequencial	Ordem sequencial crescente dos pagamentos realizados	xx.xxx.xxx.xxx,xx	XX/XX/XXXX	xx.xxx.xxx.xxx,xx	XX/XX/XXXX	XX.XXX,XX	Vide anexo X	Vide anexo X	c - XX.XXX,XX m - XX.XXX.XX p - XX.XXX.XX
Total dos pagamentos realizados:									
Total dos reembolsos recebidos:									
Glosas:									
Local e Data da Prestação de Contas:									
CONTRATADA: identificação e assinatura Nome e assinatura do titular da instituição responsável pela execução do contrato.					INSS: Responsável pela execução - identificação e assinatura Nome e assinatura do responsável, na instituição executora:				
A (Nome da Empresa, Sindicato ou EFPC) responsabiliza-se pelos dados constantes nesta prestação de contas, sob pena de rescisão do referido contrato, caso comprove-se má-fé no repasse das informações.					RECEBIMENTO INSS: Recebi em ___/___/___.				
Ass: _____ Nome: CPF: Cargo:					Ass: _____ Nome: (nome e assinatura do responsável da unidade do INSS que celebrou o Contrato) CPF: Cargo:				
Reservado ao INSS para Parecer Técnico (aprovar ou especificar as ações a serem adotadas)									
obs: espaço destinado ao INSS para aprovar ou desaprovar a prestação de contas. Em caso de desaprovação deverá ser recomendado medidas para a empresa acordante ou mesmo para as unidades internas do INSS solucionar as pendências. Caso o espaço seja insuficiente poderá ser indicado que o parecer segue em anexo.									

*Deve-se registrar o período total a que corresponde a prestação de contas (vigência do contrato) e no período parcial, deve-se utilizar um formulário para cada ano da vigência do CONTRATO.