

ANEXO III

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 115, DE 3 DE MAIO DE 2021

(Anexo II da Minuta de Contrato)

FORMULÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS PARCIAL 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: XXXXXXXXXXX				Contrato nº					
Abrangência do Contrato: () 1 - Nacional 2 - Regional ou 3 - Local				Competência do pagamento a que se refere a prestação de contas: ___/___/___					
Nome da unidade do INSS que celebrou o contrato: _____									
Relação dos números dos benefícios abrangidos pelo contrato e CPF	Espécie	Reembolso à Empresa		PAGAMENTOS EFETUADOS PELA EMPRESA			VALORES PAGOS	NÃO	DIFERENÇA
		Valor Transferido pelo INSS	TIPO: 1- Concessão 2- Manutenção 3 - PAB (RECEC) por OP/NB	Valor dos pagamentos efetuados aos segurados pela empresa (por NB) (realizados antecipadamente ou não)	Data em que foram realizados os pagamentos aos segurados.	Valor da diferença acertada entre o valor informado pelo INSS e os pagos pela CONTRATADA (+) acréscimo ou (-) decréscimo	Data do acerto com o segurado	1- Óbito 2 - Pagamento Inválido 3 - Outros (especificar o motivo)	Saldo entre o valor reembolsado p/ INSS menos o valor dos pagamentos e valores não pagos

1. NB XXX.XXX.XXX-X CPF XXX.XXX.XXX-XX	1 - XX 2- XX	1 - XX.XXX, XX 2 - XX.XXX.XX	1 2 3	1 - XX.XXX,XX 2 - XX.XXX.XX	XX/XX/XXXX XX/XX/XXXX	1 - XX.XXX,XX 2 - XX.XXX.XX	XX/XX/XXXX XX/XX/XXXX	1 2 3	1 - XX.XXX,XX 2 - XX.XXX.XX
---	-----------------	---------------------------------	-------------	--------------------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------	-------------	--------------------------------

Total dos pagamentos realizados:

Total dos reembolsos recebidos:

Glosas:

Local e Data da Prestação de Contas:

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.

Ass.: _____

Nome:

CPF:

Cargo:

RECEBIMENTO INSS:

Recebi em ___/___/____.

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.

* Caso haja mais de uma unidade da (Nome da Empresa, Sindicato ou EFPC) executando o contrato (vários OP's) deverá ser individualizada a prestação de contas por Órgão Pagador independentemente se estes são centralizadores

** Os pagamentos devem corresponder aos valores informados na RECEC. Apenas por força da antecipação dos pagamentos pela acordante, podem surgir diferenças nos pagamentos. Tais diferenças devem ser repassadas aos segurados até o segundo dia útil da data do recebimento do reembolso, informando na prestação de contas seguinte. Os valores repassados a maior deverão ser acertados diretamente com o segurado. Caso haja dúvida quanto ao valor concedido no benefício, ou mesmo durante a manutenção do pagamento deste, a (Nome da Empresa, Sindicato ou EFPC) deverá solicitar a revisão, efetivando o pagamento de acordo com o valor constante da RECEC até o resultado da revisão.