

ANEXO IV
ORIENTAÇÃO INTERNA Nº 102 INSS/DIRBEN, de 20/9/2004



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO E ANÁLISE DA COMPENSAÇÃO PREVIDENCIÁRIA

O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL-INSS, Autarquia Federal vinculada ao Ministério da Previdência Social-MPS, com sede no Setor de Autarquias Sul – Quadra 2 – Bloco O, em Brasília-DF, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 29.979.036/0001-40, pela Agência da Previdência Social em _____, solicita compensação previdenciária, em conformidade com a Lei nº 9.796, de 5 de maio de 1999, e Decreto nº 3.112, de 6 de julho de 1999, com base nos dados informados abaixo e nos documentos em anexo, ao Ente Federativo _____. Se deferido o pedido, deverá ser informado o valor da remuneração na data da desvinculação, no campo próprio abaixo, que servirá de base para o cálculo da compensação, na forma da legislação vigente.

IMPORTANTE: se o valor de remuneração não for fornecido, ele será substituído pela média aritmética dos benefícios pagos pelo INSS na competência.

DADOS DO BENEFÍCIO RGPS

Ordem	Número INSS	Tipo(A/P)	NIT	Nome titular benefício	
Tempo Total (d)	Tempo RPPS (d)	Participação RPPS	Data Início Benefício	Moeda	Renda Mensal Inicial

DADOS DO RPPS

Data Desvinculação	Moeda	Remuneração	Confirma Compensação? (S/N)	Invalidez? (S/N/NA)

Ao indeferir, escolher Motivo(s):

ADMINISTRATIVOS

INVALIDEZ

APOSENTADORIA/PENSÃO

☐ “Dados Incompletos” ☐ “Documento Ilegível” ☐ “Existe outro requerimento em análise” ☐ “Irregularidade” ☐ “Não passível de Compensação”	☐ “Ausência do CID ou do diagnóstico da doença” ☐ “Ausência data início da incapacidade” ☐ “Irregularidade” ☐ “Laudo ininteligível ou ilegível” ☐ “Laudo Rasurado”
---	---

APOSENTADORIA

☐ “Documento diferente da CTS/CTC” ☐ “CTC desconhecida/inválida” ☐ “Existe comp. do mesmo período p/o servidor” ☐ “Órgão/Entidade Lotação não vinculada ao EF” ☐ “Órgão/Entidade Lotação inexistente” ☐ “Período inválido da CTC/CTS” ☐ “Tempo de serviço concomitante/intercalado” ☐ “Servidor Inexistente ou não Reconhecido”	☐ “Laudo não pertence ao beneficiário” ☐ “Laudo do servidor inexistente” ☐ “Doença enquadra-se no art. 151 da Lei nº 8.213/91” ☐ “Aposentadoria invalidez acidentária”
--	---

PENSÃO

☐ “Não existe Comp. Previdenciária p/ Aposentadoria” ☐ “Outros (especificar): _____”	☐ “Laudo do dependente inexistente”
---	--

IDENTIFICAÇÃO DO ANALISTA DO ENTE FEDERATIVO

Localidade e data:	
Identificação Funcional:	CPF: TELEFONE:
Nome:	Assinatura: