



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS

Eu, _____, inscrito (a) no
CPF nº _____, RG nº _____, residente e domiciliado (a) em,

no Município de _____, CEP _____, representado pelo
advogado MARCOS AURÉLIO ARAÚJO DE OLIVEIRA _____,

CPF nº 840.157.995-34, OAB N° 7239 _____, NIT nº _____, CONFIRO PODERES
ESPECÍFICOS para me representar perante o INSS na solicitação do serviço ou benefício abaixo
indicado e AUTORIZO o (a) referido (a) profissional a ter acesso apenas às informações pessoais
necessárias a subsidiar o requerimento eletrônico do serviço ou benefício abaixo elencado:

- | | | | | | | |
|------|--------------------------|---|--------------------------|--------|--------------------------|-------|
| I. | <input type="checkbox"/> | Aposentadoria por Idade | <input type="checkbox"/> | urbana | <input type="checkbox"/> | rural |
| II. | <input type="checkbox"/> | Aposentadoria por Tempo de Contribuição | | | | |
| III. | <input type="checkbox"/> | Aposentadoria Especial | | | | |
| IV. | <input type="checkbox"/> | Pensão por Morte Previdenciária | <input type="checkbox"/> | urbana | <input type="checkbox"/> | rural |
| V. | <input type="checkbox"/> | Auxílio-Reclusão | <input type="checkbox"/> | urbano | <input type="checkbox"/> | rural |
| VI. | <input type="checkbox"/> | Salário Maternidade | <input type="checkbox"/> | urbano | <input type="checkbox"/> | rural |
| VII. | <input type="checkbox"/> | Atualização cadastral | | | | |

Podendo, para tanto, praticar os atos necessários ao cumprimento deste mandato, em especial, prestar
informações, acompanhar requerimentos, cumprir exigências, ter vistas e tomar ciência de decisões
sobre processos de requerimento de benefícios operacionalizados pelo Instituto.

, ____/____/____.

Assinatura do (a) Representado (a)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por este Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que
possa anular esta Procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra,
principalmente o óbito do segurado / pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente de que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução
de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas
nos arts. 171 e 299, ambos do Código Penal.

, ____/____/____.

Assinatura do (a) Procurador (a)

CÓDIGO PENAL

Art. 171. Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou manter alguém em erro, mediante artifício,
ardil ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou
diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente
relevante.