**TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), \_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no Municiop de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ representado pela Entidade Conveniada OAB/SP, CNPJ nº 43.419.613/0001-70, e no presente ato pelo advogado(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, OAB nº (numero da OAB do advogado(a), CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS para me representar perante o INSS na solicitação do serviço ou benefício abaixo indicado e AUTORIZO a referida Entidade, na pessoa de seus agentes autorizados, a terem acesso apenas às informações pessoais necessárias a subsidiar o requerimento eletrônico do serviço ou benefício abaixo elencado:

|  |
| --- |
| I. ( ) Aposentadoria por Idade ( ) rural ( ) urbana ( ) a pessoa com Deficiência II. ( ) Aposentadoria por Tempo de Contribuição ( ) a pessoa com DeficiênciaIII. ( ) Certidão por Tempo de ContribuiçãoIV. ( ) PecúlioV. ( ) Atualização de Dados CadastraisVI. ( ) Alterar Local ou Forma de PagamentoVII. ( ) Atualização de Dados do BeneficioVIII. ( ) Atualizar Dados do Imposto de Renda Direto na Fonte (DIRF) ( ) Dependentes para Imposto de RendaIX. ( ) Atualizar o Imposto de Renda para Declaração de Saída Definitiva do PaísX. ( ) Bloquear/Desbloquear Benefício para Empréstimo ConsignadoXI. ( ) Cadastrar ou Atualizar Dependentes para Salário FamíliaXII. ( ) Cadastrar ou Renovar Procuração XIII. ( ) Cadastrar Representante LegalXIV. ( ) Cadastrar/Alterar/Excluir Pensão AlimentíciaXV. ( ) Excluir Procurador/Represente LegalXVI. ( ) Realizar Prova de Vida (Situações Excepcionais)XVI. ( ) Reativar Benefício XVIII. ( ) Reativar Benefício Assistencial Suspenso por Inclusão no Mercado de TrabalhoXIX. ( ) Renovar Declaração de Cárcere/ReclusãoXX. ( ) Solicitar Certidão de Inexistência de Dependentes Habilitados a Pensão por MorteXXI. ( ) Solicitar Desistência de BeneficioXXII. ( ) Solicitar Encerramento de Benefício por ÓbitoXXIII. ( ) Solicitar Exclusão de Mensalidade de Associação no Benefício XXIV. ( ) Solicitar Pagamento de Benefício Não Recebido – PABXXV. ( )Solicitar Valor Não Recebido até a Data do óbito do BeneficiárioXXVI. ( ) Suspender o Benefício Assistencial a Pessoa com Deficiência para Inclusão no Mercado de Trabalho XXVII ( )Auxilio AcidenteXXVIII. ( ) Benefício Assistencial ( ) a Pessoa com Deficiência ( ) Idoso ( ) Trabalhador Portuário AvulsoXXIX. ( ) Agendamento – Guichê Virtual – OABXXX. ( ) Auxilio Reclusão ( ) Rural ( ) Urbano XXXI. ( ) Pensão Especial – Síndrome da TalidomidaXXXII. ( ) Pensão por Morte ( ) Rural ( ) UrbanaXXXIII. ( ) Salário Maternidade ( ) Rural ( UrbanoXXXIV. ( ) Cópia de processos – Entidade ConveniadaXXXVI. ( ) Recurso Ordinário a JRPS - 1ª instanciaXXXVII. ( ) Recurso Especial a CAJ - 2ª instanciaXXXVIII. ( ) Revisão – Entidade Conveniada |

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.

 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.

Cidade, de 21/02/2022.

Assinatura do (a) Representando (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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **LOCAL E DATA Assinatura do Procurador (a)**