**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 Deficiência  III. ( ) Certidão por Tempo de Contribuição  IV. ( ) Pecúlio  V. ( ) Atualização de Dados Cadastrais  VI. ( ) Alterar Local ou Forma de Pagamento  VII. ( ) Atualização de Dados do Beneficio  VIII. ( ) Atualizar Dados do Imposto de Renda Direto na Fonte (DIRF) ( ) Dependentes para Imposto de Renda  IX. ( ) Atualizar o Imposto de Renda para Declaração de Saída Definitiva do País  X. ( ) Bloquear/Desbloquear Benefício para Empréstimo Consignado  XI. ( ) Cadastrar ou Atualizar Dependentes para Salário Família  XII. ( ) Cadastrar ou Renovar Procuração  XIII. ( ) Cadastrar Representante Legal  XIV. ( ) Cadastrar/Alterar/Excluir Pensão Alimentícia  XV. ( ) Excluir Procurador/Represente Legal  XVI. ( ) Realizar Prova de Vida (Situações Excepcionais)  XVI. ( ) Reativar Benefício  XVIII. ( ) Reativar Benefício Assistencial Suspenso por Inclusão no Mercado de Trabalho  XIX. ( ) Renovar Declaração de Cárcere/Reclusão  XX. ( ) Solicitar Certidão de Inexistência de Dependentes Habilitados a Pensão por Morte  XXI. ( ) Solicitar Desistência de Beneficio  XXII. ( ) Solicitar Encerramento de Benefício por Óbito  XXIII. ( ) Solicitar Exclusão de Mensalidade de Associação no Benefício  XXIV. ( ) Solicitar Pagamento de Benefício Não Recebido – PAB  XXV. ( )Solicitar Valor Não Recebido até a Data do óbito do Beneficiário  XXVI. ( ) Suspender o Benefício Assistencial a Pessoa com Deficiência para Inclusão no Mercado de Trabalho  XXVII ( )Auxilio Acidente  XXVIII. ( ) Benefício Assistencial ( ) a Pessoa com Deficiência ( ) Idoso ( ) Trabalhador Portuário Avulso  XXIX. ( ) Agendamento – Guichê Virtual – OAB  XXX. ( ) Auxilio Reclusão ( ) Rural ( ) Urbano  XXXI. ( ) Pensão Especial – Síndrome da Talidomida  XXXII. ( ) Pensão por Morte ( ) Rural ( ) Urbana  XXXIII. ( ) Salário Maternidade ( ) Rural ( Urbano  XXXIV. ( ) Cópia de processos – Entidade Conveniada  XXXVI. ( ) Recurso Ordinário a JRPS - 1ª instancia  XXXVII. ( ) Recurso Especial a CAJ - 2ª instancia  XXXVIII. ( ) 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)**