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

Eu, **${nome}**, ${nacionalidade}, ${estado\_civil}, ${profissao}, ${inscrito} no CPF nº${cpf}, RG nº${rg}/${orgao\_expedidor}, residente e ${domiciliado} na ${endereco}, ${bairro\_complemento} ,${cidade\_cliente}/${estado\_cliente}, CEP:${cep} representado pela Entidade Conveniada OAB/SP, CNPJ nº 43.419.613/0001-70, e no presente ato pelo advogado(a) DAIANE LUIZETTI, OAB nº317.070, 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.

${cidade}/${estado}, ${data}

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.

${cidade}/${estado}, ${data}

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

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