

ANEXO VI

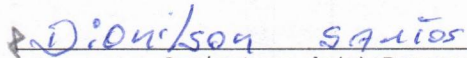
PORTARIA CONJUNTA Nº 3 /DIRAT/DIRBEN/INSS, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017
TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS

Eu, **DIONILSON SANTOS**, inscrito (a) no Cadastro de Pessoas Física (CPF), Sob o nº: **278.501.613-00**, portador (a) da Carteira de Identidade (RG) nº **046791112012-1**, declaro ser residente e domiciliado (a) no endereço **AV. PRINCIPAL**, número **09**, bairro **SANTANA**, município **SÃO JOSÉ DE RIBAMAR**, UF **MA**, CEP **65110-000**, representado(a) pelo(a) advogado(a) **KASSIANO GABUS MONTELES SOUZA**, inscrito(a) na OAB/MA sob o nº **24.487**, e **RHYCLEYSON CAMPOS PAIVA MARTIN**, inscrito(a) na OAB/MA sob o nº **26.478**, e **ISABELLA COSTA GUIMARÃES**, inscrito(a) na OAB/MA sob o nº **28131**, CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS para me representar perante o INSS na solicitação do serviço ou benefício abaixo indicado e AUTORIZO o(a) referido(a) advogado(a), a ter acesso apenas às informações pessoais necessárias a subsidiar o requerimento eletrônico do serviço ou benefício abaixo elencado:

- | | | |
|---|-----------|------------|
| I. () Aposentadoria por Idade | () Rural | () Urbana |
| II. () Aposentadoria por Tempo de Contribuição | | |
| III. () Pensão por Morte Previdenciária | () Rural | () Urbana |
| IV. () Auxílio-reclusão | () Rural | () Urbana |
| V. () Salário Maternidade | () Rural | () Urbana |
| VI. () Cópia de processos | | |
| VII. () Extratos previdenciários | | |
| VIII. () Revisão de benefício | | |
| IX. () Recurso à JRPS | | |
| X. (X) Seguro Desemprego do Pescador Artesanal | | |

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.

29 de maio de 2024, São Luís/MA



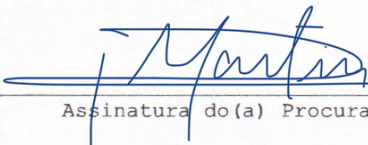
Assinatura do(a) Representado(a)

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.

29 de maio de 2024, São Luís/MA



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. Omilir, 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.