



**ANEXO III - TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES
PREVIDENCIÁRIAS**

Eu inscrito no CPF:
nome do(a) associado(a) CPF do(a) associado
No RG residente domiciliado em
nº da Identidade logradouro de residência
 no município de ,
nº e complemento município de residência UF CEP
filiado ao , CNPJ
nome da entidade acordante CNPJ da entidade acordante

AUTORIZO à referida entidade, na pessoa de seus agentes autorizados, o acesso às informações previdenciárias necessárias e **CONFIRO PODERES ESPECIAIS** para me representar perante ao INSS visando prestar informações, requerer serviços, acompanhar requerimentos, cumprir exigências, ter vistas e tomar ciência de decisões sobre processos de requerimento de benefícios operacionalizados pelo Instituto.

COELHO NETO- MA

Local de assinatura (município)

01/12/2024

data

 X

Assinatura do(a) Associado(a)

Assinatura e Carimbo do Representante Legal