



**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