



## 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, Fernando César dos Santos, inscrito no CPF nº 654.286.096-72, RG nº MG-2.084.130, residente e domiciliado na Rua Saint Clair Valadares, nº 05, Bairro Novo São Lucas, Belo Horizonte/MG, CEP 30.260-410, representado pela Entidade OAB/MG, CNPJ nº 19.984.848/0001-20, 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 |
| II.   | ( x ) | Aposentadoria por Tempo de Contribuição |     |       |     |        |
| III.  | ( )   | Pensão por Morte Previdenciária         | ( ) | rural | ( ) | urbana |
| IV.   | ( )   | Auxílio-Reclusão                        | ( ) | rural | ( ) | urbano |
| V.    | ( )   | Salário Maternidade                     | ( ) | rural | ( ) | urbano |
| VI.   | ( )   | Cópia de processos                      |     |       |     |        |
| VII.  | ( )   | Extratos previdenciários                |     |       |     |        |
| VIII. | ( )   | Revisão de benefício                    |     |       |     |        |
| IX.   | ( )   | Recurso à JRPS                          |     |       |     |        |

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.

Belo Horizonte, 10 de março de 2021. .

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.

Belo Horizonte/MG, 10 de março de 2021.

<b>LOCAL E DATA</b>	<b>ASSINATURA DO PROCURADOR</b>
---------------------	---------------------------------

## 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. Omitir, 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.*