



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## ANEXO VI

### PORTARIA CONJUNTA Nº 3 /DIRAT/DIRBEN/INSS, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2017

(Modelo de Termo de Representação e Autorização de Acesso a Informações Previdenciárias)

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

Eu, [nome do representado], inscrito (a) no CPF nº [nº do CPF do representado], RG nº [nº de identidade do representado], residente e domiciliado (a) em [logradouro de residência], no Município de [município de residência], CEP [nº do CEP], representado pela Entidade [Nome da Entidade Acordante], CNPJ nº [nº do CNPJ da Entidade Acordante], 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. ( ) 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.

[Local], de de 20\_\_.

---

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 Procução, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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.

<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.*