**TERMO DE REPRESENTAÇÃO/AUTORIZAÇÃO**

Eu, **...................................,** brasileira, solteira, trabalhadora rural, portadora da Carteira de Identidade nº ...................., CPF nº ............................., residente e domiciliado no Rua ....................., Bairro ......................., sn, da cidade de ..............................., com CEP. ......................, representado pelo Dr.(a) **NOME DO ADVOGADO**, inscrito na OAB/... sob nº ......., seccional do Estado do ............, **AUTORIZO e CONFIRO PODERES ESPECIAIS** para me representar perante o **INSS** visando requerimento de serviços previdenciários na modalidade atendimento a distância, exceto de benefícios por incapacidade, conforme objeto de Acordo de Cooperação Técnica entre o INSS e a OAB/....

I. Aposentadoria por Idade urbana rural

xx

II. Aposentadoria por Tempo de Contribuição

III. Aposentadoria Especial

IV. Pensão por Morte Previdenciária urbana rural

V. Auxílio-Reclusão urbano rural

VI. Salário Maternidade urbano rural

VII Benefício Assistencial à pessoa com deficiência

VII Beneficio Assistencial ao Idoso

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.

Cidade e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Representado (a)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Pelo presente 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 seguro/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importância recebida indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á as penalidades previstas nos **Arts. 171 e 299,** ambos do Código Penal.

Cidade e Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Advogado (a)