



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, \_\_\_\_\_, inscrito  
(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
(a) em \_\_\_\_\_, no Município  
de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
representado pela Entidade TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE RONDÔNIA CNPJ nº 04.293.700/0001-  
72, 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. <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> urbana           |
| II. <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Contribuição   |
| III. <input type="checkbox"/> Pensão por Morte Previdenciária <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> urbana |
| IV. <input type="checkbox"/> Auxílio-Reclusão <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> urbano                 |
| V. <input type="checkbox"/> Salário Maternidade <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> urbano               |
| VI. <input type="checkbox"/> Cópia de processos  |
| VII. <input checked="" type="checkbox"/> Extratos previdenciários  |
| VIII. <input type="checkbox"/> Revisão de benefício  |
| IX. <input type="checkbox"/> Recurso à JRPS  |
| X. <input checked="" type="checkbox"/> Certidão de tempo de contribuição-CTC   |
| XI. <input type="checkbox"/> Benefício assistencial à pessoa com deficiência   |
| XII. <input type="checkbox"/> Benefício assistencial à pessoa idosa  |

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.

\_\_\_\_\_, 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 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.

<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.*