**MODELO DE PROCURAÇÃO**

**DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO**

Eu, {nome do representado}, inscrito (a) no CPF nº [número], RG nº [número], residente E domiciliado (a) em [ logradouro de residência], no município de [nome do município]CEP [número], representado pelo Dr.(a) [nome do(a)], inscrito na OAB sob nº [nº], seccional do Ceará, AUTORIZO e CONFIRO PODERES ESPECIAIS para me representar perante o INSS visando requerimento de serviços previdenciários na modalidade atendimento a distância, conforme objeto de Acordo de Cooperação Técnica entre o INSS e a OAB/CE.

Fortaleza/CE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) Representado (a)

**TERMO DE RESPOSABILIDADE**

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.

Fortaleza/CE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do (a) Advogado (a)

OAB/CE nº