

## DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, inscrito  
(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
residente e domiciliado no (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
CEP. \_\_\_\_\_ - , representado pelo DR. ULISSE S BORGES  
DE RESENDE OAB-DF 4.595, **AUTORIZO e CONFIRO PODERES  
ESPECIAIS** para me representar perante o INSS visando  
requerimento de serviços previdenciários na modalidade  
atendimento a distância, conforme objeto da Acordo de Cooperação  
Técnica entre o INSS e a OAB/DF.

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura