

DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

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

CEP _____, representado pelo DR. ULISSES 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