

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