

CUMPRIMENTO DE EXIGÊNCIA EXPRESSA



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Nome (segurado): _____

CPF (segurado): _____ Telefone (mesmo que de recado): (____) _____

Endereço (segurado): _____ Nº: _____

Complemento: _____ CEP: _____

E-mail: _____

DATA DA ENTREGA DO ENVELOPE: ____ / ____ / _____

Responsável pela entrega: SEGURADO () ou PROCURADOR/REPRESENTANTE LEGAL ()

Nome do PROCURADOR/REPRESENTANTE LEGAL: _____

CPF do PROCURADOR/REPRESENTANTE LEGAL: _____ Tel: (____) _____

SOMENTE CÓPIAS, NÃO DEIXE DOCUMENTOS ORIGINAIS

DOCUMENTO (Relacione abaixo as cópias dos documentos que estão sendo entregues)	Assinale	Qtd	Para uso do INSS
Documentos de Identificação (RG / CNH / Passaporte / Outros)	(<input type="checkbox"/>)		(<input type="checkbox"/>)
Comprovante de Endereço (Conta de Luz / Água / Telefone / TV)	(<input type="checkbox"/>)		(<input type="checkbox"/>)
Documentos de Tempo de Contribuição (Carteira de Trabalho / Carnês)	(<input type="checkbox"/>)		(<input type="checkbox"/>)
Certidões (Nascimento / Casamento / Óbito)	(<input type="checkbox"/>)		(<input type="checkbox"/>)
Procuração, acaso já não conste do processo	(<input type="checkbox"/>)		(<input type="checkbox"/>)

Outros DOCUMENTOS (Relacione abaixo as cópias dos documentos que estão sendo entregues):

		(<input type="checkbox"/>)

AUTODECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES APRESENTADAS

Declaro que as cópias que depusitei em uma urna na agência do INSS são autênticas, feitas a partir de documentos originais. Declaro também que todas as informações que constam nos documentos apresentados são verdadeiras. Declaro saber que estou sujeito (a) às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal, em caso de declaração falsa ou diferente de fato ou situação real ocorrida, além de estar obrigado (a) a devolver valores recebidos indevidamente, quando for o caso.

Local: _____ Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do (a) Segurado ou Representante Legal