

ANEXO I
PORTARIA Nº 213 /DIRAT/INSS, DE 12 DE AGOSTO DE 2020

AUTODECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES APRESENTADAS

Nome do Titular do Benefício: _____

CPF: _____ Telefone (para contato ou recado): (____) _____

Endereço do titular do benefício: _____

Complemento: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Responsável pela entrega:

() Titular do benefício () Representante Legal ou Procurador () Outros

Se o responsável pela entrega for representante legal/ procurador ou outros:

Nome do responsável pela entrega: _____

CPF: _____ Telefone (para contato ou recado): (____) _____

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.

Estou ciente que cópias apresentadas não serão devolvidas pelo INSS.

Estou ciente que além da documentação solicitada pelo INSS, devo apresentar cópia de um documento de identificação com foto (RG ou CNH).

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 e data: _____, _____ / _____ / _____

Assinatura e identificação do(a) requerente ou representante legal

SOMENTE CÓPIAS, NÃO DEIXE DOCUMENTOS ORIGINAIS