

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO

Nome* MARIA HELENA AFONSO VIEIRA
CPF* 205.768.111-49 Estado Civil VIUVO
Município de Nascimento CAMPO GRANDE UF Nasc MS
Telefones 67 981144589 67 99234845 67
Email JURIDICO@AGMCONTABILIDADE.COM.BR
Endereço RUA IRACEMA 944
Município CAMPO GRANDE UF MS CEP 79086-240

Solicito o protocolo do seguinte serviço:*

CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

- Não autorizo o depósito em conta corrente / poupança no presente momento.
 Autorizo o depósito do benefício na conta abaixo, da qual sou titular, bem como o banco a reverter ao INSS as importâncias que venham a ser indevidamente creditadas e aquelas creditadas sem movimentação a débito por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias.

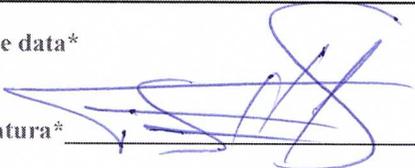
Banco: Agência: Conta: Tipo de conta:

Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no email informado neste requerimento nos termos do §3º do Art. 42 do Anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

Declaro estar ciente de que devo acompanhar o andamento de meu pedido através do site do INSS e Central 135, bem como atender às comunicações recebidas através do telefone, endereço e e-mail informados ao INSS e que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.

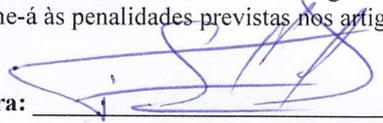
Observações/Justificativa

Local e data* 16/01/2018

Assinatura* 

Termo de Responsabilidade (Procurador):

Eu, TIRMIANO DO NASCIMENTO ELIAS, inscrito no CPF sob o nº 464.902.641-53 pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão. Estou ciente que descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal.

Assinatura: 

Prot. 1615721980

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente

SILVIA HELENA DE CASTILHO

Serviço

APOSENTADORIA POR IDADE URBANA

O atendimento presencial será em



27 FEV
2018
TERÇA-FEIRA

Horário marcado



10:15

Unidade Responsável



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
CAMPO GRANDE - ALEXANDRE FLEMING



R ALEXANDRE FLEMING, 1796, VILA BANDEIRANTE
CAMPO GRANDE/MS
CEP: 79.006-570

Dados do Requerente

CPF 201.571.421-91
Nascimento 18/01/1958
Mãe Não informado

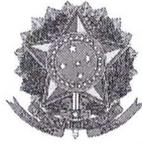
NIT 111.78155.49-2

Informações Adicionais

- Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.
- O atendimento só será realizado para o titular do CPF ou seu representante devidamente documentado.
- Caso não possa comparecer, ligue 135 para cancelar ou remarcar seu atendimento até o dia anterior à data agendada. A não remarcação ou cancelamento neste prazo implicará na impossibilidade de novo agendamento por 30 (trinta) dias.

Documentos necessários

- Para ser atendido nas agências do INSS você deve apresentar um documento de identificação válido e oficial com foto e o número de inscrição.
- Para agilizar o atendimento também é importante que o trabalhador apresente documentos que comprovem os seus períodos de trabalho, como carteira profissional, carnês de contribuição ou outros comprovantes de pagamento ao INSS.
- Esta relação de documentos e outras informações podem ser encontradas no site www.previdencia.gov.br ou ligue 135, sugerimos levar cópias dos mesmos, a fim de agilizarmos o atendimento.
- Ressaltamos que nos casos em que houver digitalização e envio de documentos deverá ser apresentada a documentação original no atendimento presencial.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

REQUERIMENTO

Nome* SILVIA HELENA DE CASTILHO
CPF* 201.571.421-91 Estado Civil DIVORCIADO
Município de Nascimento CAMPO GRANDE UF Nasc MS
Telefones 67 992348845 67 33315839 67
Email juridico@agmcontabilidade.com.br
Endereço RUA EDUARDO ANTOS PEREIRA 377
Município CAMPO GRANDE UF MS CEP 79006-820

Solicito o protocolo do seguinte serviço:*

APOSENTADORIA POR IDADE

- Não autorizo o depósito em conta corrente / poupança no presente momento.
 Autorizo o depósito do benefício na conta abaixo, da qual sou titular, bem como o banco a reverter ao INSS as importâncias que venham a ser indevidamente creditadas e aquelas creditadas sem movimentação a débito por período igual ou superior a 60 (sessenta) dias.

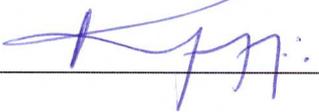
Banco: Agência: Conta: Tipo de conta:

Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no email informado neste requerimento nos termos do §3º do Art. 42 do Anexo da Resolução nº 166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

Declaro estar ciente de que devo acompanhar o andamento de meu pedido através do site do INSS e Central 135, bem como atender às comunicações recebidas através do telefone, endereço e e-mail informados ao INSS e que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal.

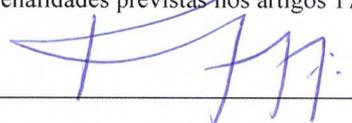
Observações/Justificativa

Local e data*  27/02/2018

Assinatura* 

Termo de Responsabilidade (Procurador):

Eu, REINALDO PEREIRA DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 805.184.431-91 pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão. Estou ciente que descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299, ambos do Código Penal.

Assinatura: 

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente

SILVIA HELENA DE CASTILHO

Serviço

CERTIDÃO POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO

O atendimento presencial será em



09 FEV
2018
SEXTA-FEIRA

Horário marcado



10:00

Unidade Responsável



AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
CAMPO GRANDE - ALEXANDRE FLEMING



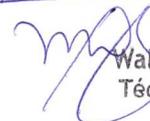
R ALEXANDRE FLEMING, 1796, VILA BANDEIRANTE
CAMPO GRANDE/MS
CEP: 79.006-570

Dados do Requerente

CPF 201.571.421-91
Nascimento 18/01/1958
Mãe Não informado

NIT 111.78155.49-2

**Retornar dia 15/02 p/ remarcar o pedido da APS*



Walker Maidana da Silva
Técnico do Seguro Social
Matrícula 1424635

Informações Adicionais

- Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.
- O atendimento só será realizado para o titular do CPF ou seu representante devidamente documentado.
- Caso não possa comparecer, ligue 135 para cancelar ou remarcar seu atendimento até o dia anterior à data agendada. A não remarcação ou cancelamento neste prazo implicará na impossibilidade de novo agendamento por 30 (trinta) dias.

Documentos necessários

- Para ser atendido nas agências do INSS você deve apresentar um documento de identificação válido e oficial com foto e o número. Para agilizar o atendimento também é importante que você apresente documentos que comprovem os seus períodos trabalhados: carteira profissional, carnês de contribuição e outros comprovantes de pagamento ao INSS.
- É necessário apresentar ainda documento oficial do órgão de lotação, comprovando tratar-se de servidor ativo na data da solicitação da Certidão. O documento deve conter no mínimo CNPJ, nome e endereço completo do órgão, além da matrícula do servidor, data de cargo atual. Podem ser aceitos identidade funcional, contracheque e afins.
- Esta relação de documentos e outras informações podem ser encontradas no site www.previdencia.gov.br ou ligue 135, sugerimos cópias dos mesmos, a fim de agilizarmos o atendimento. .
- Ressaltamos que nos casos em que houver digitalização e envio de documentos deverá ser apresentada a documentação original do atendimento presencial.