

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DO CNIS - RAC

1. INFORMAÇÕES BÁSICAS

Nome civil:

CPF nº:

Nº de Inscrição (NIT/PIS/Pasep/NIS):

Data de nascimento:

Nome da mãe:

2.TIPO DE ATUALIZAÇÃO

2.1 ACERTO DE DADOS CADASTRAIS

2.1.1 INCLUIR

1. Nome social:

2. Nome civil:

3. Nome da mãe:

4. Nome do pai:

5. Data de nascimento:

6. Sexo:

7. Estado civil:

8. Grau de instrução:

9. Cor/Raça:

10. Nacionalidade:

11. Município de nascimento/UF:

12. País de origem:

13. Chegada ao País (para o estrangeiro):

14. Endereço principal:

15. Endereço secundário:

16. Telefones: Fixo: (DDD: _____) nº _____

Celular: (DDD: _____) nº _____

Principal: (DDD: _____) nº _____

Secundário: (DDD: _____) nº _____

E-mail: _____

17. Nº CPF:

18. Nº CTPS: _____ nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____

19. Nº Carteira de Identidade (RG) :

20. Nº Título de eleitor:

21. Nº Termo Certidão de nascimento:

22. Nº Termo Certidão de casamento:

23. Nº Carteira de marítimo:

24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: ____/____/____

25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: ____/____/____

26. Nº Documento estrangeiro:

2.1.2 EXCLUIR

1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem:
13. Chegada ao País (para o estrangeiro):
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD: _____) Nº _____
Celular: (DDD: _____) Nº _____
Principal: (DDD: _____) Nº _____
Secundário: (DDD: _____) Nº _____
E-mail: _____
17. Nº CPF: _____
18. Nº CTPS: _____ nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) : _____
20. Nº Título de eleitor: _____
21. Nº Termo Certidão de nascimento: _____
22. Nº Termo Certidão de casamento: _____
23. Nº Carteira de marítimo: _____
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: ____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: ____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro: _____

2.1.3 ALTERAR
DE:
1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem:
13. Chegada ao País (para o estrangeiro):
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD: _____) nº _____
Celular: (DDD: _____) nº _____
Principal: (DDD: _____) nº _____
Secundário: (DDD: _____) nº _____
E-mail: _____
17. Nº CPF: _____
18. Nº CTPS: _____ nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) : _____
20. Nº Título de eleitor: _____
21. Nº Termo Certidão de nascimento: _____
22. Nº Termo Certidão de casamento: _____
23. Nº Carteira de marítimo: _____
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: ____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: ____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro: _____

PARA:
1. Nome social:
2. Nome civil:
3. Nome da mãe:
4. Nome do pai:
5. Data de nascimento:
6. Sexo:
7. Estado civil:
8. Grau de instrução:
9. Cor/Raça:
10. Nacionalidade:
11. Município de nascimento/UF:
12. País de origem:
13. Chegada ao País (para o estrangeiro):
14. Endereço principal:
15. Endereço secundário:
16. Telefones: Fixo: (DDD: _____) nº _____
Celular: (DDD: _____) nº _____
Principal: (DDD: _____) nº _____
Secundário: (DDD: _____) nº _____
E-mail: _____
17. Nº CPF: _____
18. Nº CTPS: _____ Nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____
19. Nº Carteira de Identidade (RG) : _____
20. Nº Título de eleitor: _____
21. Nº Termo Certidão de nascimento: _____
22. Nº Termo Certidão de casamento: _____
23. Nº Carteira de marítimo: _____
24. Nº CNH: _____ Data de Emissão: ____/____/____
25. Nº Passaporte: _____ Data de Emissão: ____/____/____
26. Nº Documento estrangeiro: _____

2.2 ACERTO DE VÍNCULOS E REMUNERAÇÕES
2.2.1 INCLUIR
VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:
Empregado () Empregado doméstico ()
Nº CTPS: _____ nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Razão Social do Empregador	Nº CNPJ/CEI/CPF do Empregador	Data de Admissão	Data de Desligamento

Observação:

Ano:	Remunerações	Ano:	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.2.2. EXCLUIR

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:

Empregado () Empregado doméstico ()

Nº CTPS: nº Série: Data de Emissão: / /

Razão Social do Empregador	Nº CNPJ/CEI/CPF do Empregador	Data de Admissão	Data de Desligamento

Observação:

Ano:	Remunerações	Ano:	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.2.3 ALTERAR

DE:

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:

Empregado () Empregado doméstico ()

Nº CTPS: nº Série: Data de Emissão: / /

Razão Social do Empregador	Nº CNPJ/CEI/CPF do Empregador	Data de Admissão	Data de Desligamento

Observação:

Ano:	Remunerações	Ano:	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

PARA:

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:

Empregado () Empregado doméstico ()

Nº CTPS: nº Série: Data de Emissão: / /

Razão Social do Empregador	Nº CNPJ/CEI/CPF do Empregador	Data de Admissão	Data de Desligamento

Observação:

Ano:	Remunerações	Ano:	Remunerações
Mês	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.2.4 TRANSFERÊNCIA DE VÍNCULOS E REMUNERAÇÕES CONSTANTES NO CADASTRO DE TERCEIRO PARA O CADASTRO DO REQUERENTE

Do NIT/PIS/Pasep/NIS nº: _____

Para o NIT/PIS/Pasep/NIS nº: _____

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:

Empregado () Empregado doméstico () Trabalhador Avulso ()

Empregador:

Identificador CNPJ/CEI/CPF nº:

Nº CTPS: _____ nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação:

Mês	Remunerações	Ano: _____	Remunerações
	Valor (R\$)	Mês	Valor (R\$)
Janeiro		Julho	
Fevereiro		Agosto	
Março		Setembro	
Abril		Outubro	
Maio		Novembro	
Junho		Dezembro	

2.3 ATUALIZAÇÃO DE ATIVIDADE

2.3.1 INCLUIR ATIVIDADE

1. NIT nº: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação:

Declaro, para os devidos fins, que exerço/exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT acima referenciado, na atividade e período acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Filiado/ Solicitante

2.3.2. EXCLUIR ATIVIDADE

1. NIT nº: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação:

Declaro, para os devidos fins, que não exerço/não exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT acima referenciado, na atividade e período acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Filiado/ Solicitante

2.3.3 ATUALIZAR ATIVIDADE

DE:

1. NIT nº: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação:

PARA:

1. NIT nº: _____

2. Tipo de filiado: _____

3. Ocupação: _____ (no formulário dinâmico, inserir a lista CBO)

Data de início: ____/____/____ Data-fim: ____/____/____

Observação:

Declaro, para os devidos fins, que exerço/exerci atividade de filiação obrigatória, referente às contribuições constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais - CNIS, vinculadas ao NIT conforme acima referenciado, na atividade e período conforme acima relacionados.

Declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades do artigo 299 do Código Penal Brasileiro, conforme descrito abaixo.

"Art. 299. Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante."

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura do Filiado/ Solicitante

2.4 ACERTO DE CONTRIBUIÇÕES

Informe os dados para atualização

2.4.1 INCLUIR (exceto de GPS/DARF*)

* a partir da competência em que os sistemas da RFB e INSS estiverem integrados

Contribuição

Ano:

Competência	NIT/PIS/Pasep/NIS	Código	Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	Data de Pagamento
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação:

2.4.2 EXCLUIR (transferir para Área de Inválidos - ADA)

Contribuição
Ano:

Competência	NIT/PIS/Pasep/NIS	Código	Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	Data de Pagamento
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação:

2.4.3 DESMEMBRAR

Distribuir valores recolhidos de forma consolidada em uma só competência, para as demais competências incluídas no recolhimento.

Contribuição
Ano:

Competência	NIT/PIS/Pasep/NIS	Código	Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	Data de Pagamento
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação:

2.4.4 TRANSFERÊNCIA DE CONTRIBUIÇÕES

Do NIT/PIS/Pasep/NIS nº: _____

Para o NIT/PIS/Pasep/NIS nº: _____

Contribuição
Ano:

Competência	NIT/PIS/Pasep/NIS	Código	Valor (R\$) autenticado	Valor da contribuição	Valor dos acréscimos legais	Data de Pagamento
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						
Outubro						
Novembro						
Dezembro						

Observação:

2.5 TRATAMENTO DE EXTEMPORANEIDADE

2.5.1 EXTEMPORANEIDADE DE VÍNCULO

VÍNCULO DE TRABALHO NA CONDIÇÃO DE:

Empregado () Empregado doméstico ()

Nº CTPS: _____ nº Série: _____ Data de Emissão: ____/____/____

Razão Social do Empregador	Nº CNPJ/CEI/CPF do Empregador	Data de Admissão	Data de Desligamento

Observação:

2.5.2 EXTEMPORANEIDADE DE REMUNERAÇÃO DE CONTRIBUINTE INDIVIDUAL PRESTADOR DE SERVIÇOS À EMPRESA

Competência MM/AAAA	Razão Social do Contratante/Cooperativa	Nº CNPJ/CEI do Contratante/Cooperativa	Valor da Remuneração

Observação:

Local: _____ Assinatura: _____
 Data: ____/____/____

ANEXO XVII
 PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP

DADOS ADMINISTRATIVOS

1 - Nº CNPJ do Domicílio Tributário/CEI/CAEPF/CNO		2 - Nome Empresarial			3 - CNAE	
4 - Nome do Trabalhador		5 - BR/PDH			6 - CPF nº	
7 - Data de Nascimento	8 - Sexo (F/M)	9 - Matrícula do Trabalhador no eSocial		10 - Data de Admissão	11 - Regime Revezamento	
12 - CAT REGISTRADA						
12.1 - Data do Registro			12.2 - Número da CAT			

13 - LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO

13.1 - Período	13.2 - Nº CNPJ/CEI/CAEPF/CNO	13.3 - Setor	13.4 - Cargo	13.5 - Função	13.6 - CBO	13.7 - Código GFIP/eSocial
____/____/____ a						
____/____/____ a						
____/____/____ a						
____/____/____ a						

14 - PROFISSIOGRAFIA

14.1 - Período	14.2 - Descrição das Atividades
____/____/____ a	

REGISTROS AMBIENTAIS

15 - EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS

15.1 - Período	15.2 - Tipo	15.3 - Fator de Risco	15.4 - Intensidade/Concentração	15.5 - Técnica Utilizada	15.6 - EPC Eficaz (S/N)	15.7 - EPI Eficaz (S/N)	15.8 - CA EPI	15.9 - Atendimento aos requisitos das NR-06 e NR-01 do MTP pelos EPIs informados (*)					
								Medida de Proteção	Condição de Funcionamento do EPI	Prazo de Validade do EPI	Periodicidade da Troca do EPI	Higienização do EPI	
____/____/____ a													
____/____/____ a													
____/____/____ a													
____/____/____ a													

* Legenda do item 15.9:
 Medida de Proteção: Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo Equipamento de Proteção Individual - EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial?
 Condição de Funcionamento do EPI: Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições?
 Prazo de Validade do EPI: Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação - CA do MTP?
 Periodicidade da Troca do EPI: Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria?
 Higienização do EPI: Foi observada a higienização?

16. RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS

16.1 - Período	16.2 - CPF nº	16.3 Registro Conselho de Classe	16.4 Nome do profissional legalmente habilitado
____/____/____ a			

RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES

Declaramos, para todos os fins de direito, que as informações prestadas neste documento são verídicas e foram transcritas fielmente dos registros administrativos, das demonstrações ambientais e dos programas médicos de responsabilidade da empresa. É de nosso conhecimento que a prestação de informações falsas neste documento constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do art. 297 do Código Penal e, também, que tais informações são de caráter privativo do trabalhador, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995, práticas discriminatórias decorrentes de sua exigibilidade por outrem, bem como de sua divulgação para terceiros, ressalvado quando exigida pelos órgãos públicos competentes.

17 - Data da Emissão do PPP	18 - Representante Legal da Empresa
____/____/____	18.1 - Nº CPF do Representante Legal
	18.2 - Nome do Representante Legal
	(Assinatura física ou eletrônica)
OBSERVAÇÕES	

ANEXO XXII
PROCURAÇÃO

Dados do outorgante (segurado/dependente)

Nome: _____
 Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ Identidade: _____
 CPF nº: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____ nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Dados do outorgado (procurador)

Nome: _____
 Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ Identidade: _____
 CPF nº: _____ Profissão: _____
 Endereço: _____ nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade/Estado: _____ CEP: _____

O(A) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador a quem confere poderes especiais para representá-lo perante o INSS, bem como usar de todos os meios legais para o fiel cumprimento do presente mandato com os fins específicos de:

I - () cadastro de senha para informações previdenciárias pela internet.

II - () comprovação de vida junto à rede bancária.

III - () receber mensalidades de benefícios, receber quantias atrasadas e firmar os respectivos recibos, devido à:

a) () incapacidade do outorgante em se locomover ou ser portador de moléstia contagiosa.

b) () ausência devido à viagem dentro do país pelo período de: _____.

c) () ausência devido à viagem ao exterior pelo período de: _____.

d) () residência no exterior (qual país? _____).

IV - () requerer benefícios, revisão e interpor recursos.

V - () requerer: _____.

Local: _____ Data: ____/____/____

(Assinatura do outorgante)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o evento ocorra. Os eventos a comunicar são: óbito do titular/dependente do benefício ou cessação da representação legal.

Estou ciente de que o descumprimento do compromisso ora assumido, além da obrigação à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, estarei sujeito às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Local: _____ Data: ____/____/____

(Assinatura do procurador)

ANEXO XXVIII

DESPACHO E ANÁLISE ADMINISTRATIVA DA ATIVIDADE ESPECIAL POR CATEGORIA PROFISSIONAL

1 - Nome do Segurado:				
2 - Protocolo da tarefa:				
3 - Períodos enquadrados por Categoria Profissional [1]				
3.1 - Empresa	3.2 - Período	3.3 - Atividade	3.4 - Anexo	3.5 - Código
4 - Períodos não enquadrados por Categoria Profissional ¹				
4.1 - Empresa	4.2 - Período	4.3 - Atividade		
5 - Justificativas Administrativas / Fundamentação Legal:				
6 - Para efeitos de caracterização administrativa de atividade exercida em condições especiais por categoria profissional foram apresentados:				
I - () formulário(s) antigo(s) (IS nº SSS - 501.19, de 1971; SSS-132; SB40; DISES BE 5235; DSS 8030 ou DIRBEN 8030) emitido(s) até 31/12/2003;				
II - () Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP emitido(s) a partir de 1º/01/2004;				
III - () CTPS/CP e outros, conforme art. 274, I, "a", 1, da Instrução Normativa PRES/INSS nº 128, de 2022;				
IV - () documentos que fundamentam a análise de atividade especial do contribuinte individual, conforme 275, I, da Instrução Normativa PRES/INSS nº 128, de 2022.				
7 - Indicar se há disfunções no(s) documento(s) indicado(s) no item 6:				
() SIM () NÃO				
Em caso positivo, informar qual (quais):				
8 - Quando houver resposta positiva para as situações mencionadas no item 7, informar a(s) providência(s) adotada(s), bem como se foi obtido êxito no saneamento das divergências, disfunções ou falta de documentos:				
9 - Após a análise indicada nos campos 3 e 4:				
I - () não há necessidade de análise de atividade especial por agentes prejudiciais à saúde, pois todos os períodos foram enquadrados por categoria profissional;				
II - () não cabe envio à Perícia Médica Federal - PMF para análise de atividade especial, pois os formulários não apresentam informações sobre exposição a agentes prejudiciais à saúde;				
III - () cabe envio à Perícia Médica Federal - PMF para análise de atividade especial, pois há períodos que não foram enquadrados por categoria profissional e contêm indicação de exposição a agentes prejudiciais à saúde.				
10 - Data da conclusão da análise				

[1] Na realização da análise deve ser verificado se a atividade desenvolvida pode ser enquadrada administrativamente por categoria profissional (código 2.0.0) conforme Anexo III do Decreto nº 53.831, de 25 de março de 1964, Anexo II do Decreto nº 83.080, de 24 de janeiro de 1979, ou Anexo IV da Ordem de Serviço INSS/DSS nº 578, 14 de agosto de 1997 - CANSB (Decisões em Processos do MTE, somente a partir do código 2.0.0).

ANEXO XXIX

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF sob nº _____, declaro para fins de recebimento de benefícios que:

I - represento o(a) beneficiário(a) _____ e que este não está sob responsabilidade dos pais (tutores natos), tutor, curador ou guardião; e

II - estou ciente de que, no prazo de 6 (seis) meses a contar desta data, deverei apresentar:

a) documento para comprovação de representação legal do beneficiário; ou

b) comprovante do requerimento/andamento judicial de representação legal.

Na hipótese da apresentação do comprovante do requerimento ou do andamento de processo judicial de representação legal, a cada 6 (seis) meses essa comprovação será necessária até que seja expedido o documento judicial que conceda a representação.

Concordo em assumir o compromisso deste termo.

Local e Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____