

**NIT:** 131.55510.92-6

**Número do Benefício:** 646.435.591-4

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 288984472

**Ao Sr. (a):** MATEUS KAWAN DA SILVA OLIVEIRA

**Endereço:** R LONDRINA, 03 LT 03 QD 138, VILA JAYARA

**CEP:** 75064-670

**Município:** ANAPOLIS

**UF:** GO

**Assunto:** Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Manutenção do benefício.

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação, apresentada no dia 16/01/2024, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício por incapacidade, a partir da data 26/01/2024, inclusive. Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até o dia 24/02/2024. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Caso considere o prazo para recuperação da capacidade laborativa insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação (24/02/2024), por meio do número 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br). Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br).



**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** BENEFICIO POR INCAPACIDADE ANAPOLIS

**Endereço:** R QUINZE DE DEZEMBRO N 249, CENTRO

**CEP:** 75024-070

**Município:** ANAPOLIS

**UF:** GO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.  
Ciente, 16 de Janeiro de 2024



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240119EGB02OHI8VEULA05