



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 165.30046.76-4

**Número do Benefício:** 638.433.858-4

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 213564089

**Ao Sr. (a):** MURILLO LIMA GOMES

**Endereço:** RUA BANDEIRANTE 03, 1208, BANDEIRANTE

**CEP:** 65975-000

**Município:** ESTREITO

**UF:** MA

**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 21/02/2024, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício por incapacidade, a partir da data 03/03/2024, inclusive. Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até o dia 01/04/2024. 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 (01/04/2024), 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).

Data: quinta-feira, 22 de fevereiro de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** ESTREITO

**Endereço:** RUA PRESIDENTE JOSE SARNEY S N BAIRRO PLANALTO I

**CEP:** 65975-000

**Município:** ESTREITO

**UF:** MA

**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, em 21 de Fevereiro de 2024.



**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**COMUNICAÇÃO DE DECISÃO**



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240222I60RQGTMX4WSGQ68