

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente

ALEXANDRE DE SOUZA

Serviço

Seguro Defeso - Pescador Artesanal

Unidade de Protocolo



20001030 - AGÊNCIA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL
FLORIANÓPOLIS - CENTRO

Protocolo realizado em



NOV

2024

24

DOMINGO

Dados do Requerente

CPF: 912.378.829-15

Nascimento: 15/05/1975

Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA

E-mail: apaescpescadores@gmail.com

Telefone: (48) 9997-53739

Requerente aceita acompanhar o andamento do processo pelo Meu INSS, Central 135 ou e-mail: SIM

Dados informados pelo Requerente

Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?: A) Não. Eu sou o(a) titular

Informe o número do seu RGP:: SCPA91237882915

Você possui inscrição no Registro Geral de Pesca - RGP? : A) Sim

Qual número da inscrição que você realizou a contribuição - CEI?: 700141775589

Informações Adicionais

Informações Gerais: Este atendimento é realizado à distância. Você só precisa ir até o INSS para fazer perícia médica, quando for o caso, ou para entregar algum documento, se for solicitado. Se o seu pedido de benefício for aprovado, você receberá todo o valor a que tem direito a partir da data em que foi feito o pedido.

Para acompanhar o andamento do seu pedido: 1. Aplicativo / Site Meu INSS:

- Clique na opção 'Consultar Pedidos';
- Localize seu processo na página;
- Clique em 'Detalhar'.

2. Telefone 135:

- De segunda a sábado, de 7h às 22h

Declaro, sob pena de responsabilidade civil e criminal:

Ser pescador artesanal e exercer esta atividade de forma artesanal, individualmente ou regime de economia familiar, em localidade abrangida pelo defeso que está sendo requerido;

Não ter outra fonte de renda diversa da atividade pesqueira nem estar em gozo de nenhum benefício previdenciário ou assistencial de natureza continuada, exceto pensão por morte e auxílio-acidente;

Ter exercício de atividade de pesca em caráter ininterrupto, entre o defeso anterior e o atual ou nos últimos 12 meses;

Não receber nem ter recebido benefício de seguro-desemprego neste ano decorrente de defesos relativos a espécies distintas daquela referente a este requerimento;

Caso venha a ter outra fonte de renda, de atividade remunerada, benefícios previdenciários ou assistenciais de natureza continuada, exceto pensão por morte e auxílio-acidente, estar ciente que deverei comunicar ao INSS para cancelamento do Seguro-desemprego;

Estar ciente que o benefício é pessoal e intransferível e ocorrendo recebimento indevido comprometo-me a restituir os valores ao Fundo de Amparo ao Trabalhador - FAT; e

Declaro que: Tudo o que informei na minha solicitação é verdade. Sei que estas informações serão usadas na análise do meu pedido. Estou ciente das penalidades previstas nos art. 171 e 299 do Código Penal (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/De12848compilado.htm) e sei que terei que devolver os valores do benefício, caso os receba de forma indevida.



Você pode conferir a autenticidade do documento em <https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade> com o código 241124EOC6I250