



## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 12475243467

**Número do Benefício:** 6083563775

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 162024434

**Ao Sr.(a):** SANDRO TAVARES

**Endereço:** SQN 412 BLOCO E 106 AP, ASA NORTE

**CEP:** 70867050                   **Município:** BRASILIA                   **UF:** DF

**Assunto:** Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Constatação de incapacidade laborativa

**Fundamentação Legal:** Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu Pedido de Prorrogação do Auxílio Doença, apresentado no dia 13/02/2015, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi comprovado que houve incapacidade para o seu trabalho.

O benefício foi prorrogado até 26/03/2015

Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até 26/03/2015.

Desta decisão poderá ser interposto recurso a Junta de Recurso da Previdencia Social, dentro do prazo de 30(trinta) dias contados da data do recebimento desta comunicação.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agencia da Previdencia Social - APS.

Data: 26 de março de 2015

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

**Agência da Previdencia Social:** APS - BRASÍLIA - ASA SUL      **Endereço:** CRS 502 BLOCO B  
TERREO, 1º E 2º AND, ASA SUL      **UF:** DF  
**CEP:** 70330520      **Município:** BRASILIA

**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 26 de março de 2015

  
Assinatura do Requerente / Representante Legal