



## 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 Previdência 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 Agência da Previdência Social - APS.

Data: 26 de março de 2015

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS


**Agência da Previdência Social:** APS - BRASÍLIA - ASA SUL **Endereço:** CRS 502 BLOCO B TERREO, 1º E 2º AND, ASA SUL

**CEP:** 70330520 **Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**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



CGC: 0340228316/

GRAU DE RISCO 02

**ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL  
ASO**

Atesto, para fins trabalhistas (Portaria nº 24/94 – PCMSO – SSST / MTE) que o(a)

Nome Sandro Tavares

Matrícula: \_\_\_\_\_ cargo/função: \_\_\_\_\_

Lotação: \_\_\_\_\_, foi submetido(a) a exame médico:

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Admissional                |   |
| Periódico                  |   |
| Demissional                |   |
| De retorno ao trabalho     | X |
| De mudança de cargo/função |   |

| RESULTADO                                   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> APTO(A) | <input type="checkbox"/> INAPTO(A) |

PORTADOR DE DEFICIÊNCIA:

1- FÍSICA

☐

2- AUDITIVA

☐

3- VISUAL

☐

4- MENTAL

☐

5- MÚLTIPLA

☐*alt. INSS em 26/3/2015*RISCOS OCUPACIONAIS EXISTENTES:  
Especificar: \_\_\_\_\_☐ SIM☐ NÃO

NOME DO MÉDICO EXAMINADOR:

**Dr FLORENCIO SINZATO**

Reg 14.248 – Ministério do Trabalho

DATA:

*27/3/15*

ASSINATURA / CARIMBO – CRM

COORDENADOR NACIONAL DO PCMSO (Medicina do Trabalho) – NOME / REGISTRO  
: **Dr FLORENCIO SINZATO****EMPREGADO**

DATA

VISTO