



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 N°8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto N°3.048, 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 ou uma Agência da Previdência Social - APS.

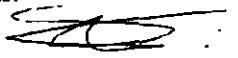
Data: 26 de março de 2015

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:

| | |
|----------------------------|---|
| Admisional | |
| Periódico | |
| Demisional | |
| 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

RISCOS OCUPACIONAIS EXISTENTES:
Especificar: _____ SIM NÃO

NOME DO MÉDICO EXAMINADOR:

Dr FLORENCIO SINZATO

CRM/RJ 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