



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

**NIT:** 20970087114  
**Número do Benefício:** 6478233948 **Espécie:** 91 **2ª VIA**  
**Número do Requerimento:** 348324822  
**Ao Sr.(a):** RONALDO DA SILVA SANTOS  
**Endereço:** SACO SN SN, RURAL  
**CEP:** 58297000 **Município:** RIO TINTO **UF:** PB  
**Assunto:** Pedido 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 Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 09/02/2024, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 18/06/2024.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (18/06/2024), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 18/06/2024 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido onexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 3º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar contestação por parte do empregador junto à Agência da Previdência Social, com possibilidade de Recurso com efeito suspensivo à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio por Incapacidade Temporária que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 19 de março de 2024

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**

**Agência da Previdência Social:** SANTA RITA PB **Endereço:** RUA FLAVIO RIBEIRO COUTINHO S  
N, CENTRO  
**CEP:** 58300220 **Município:** SANTA RITA **UF:** PB

**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 19 de março de 2024

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente / Representante Legal