



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 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