

16863

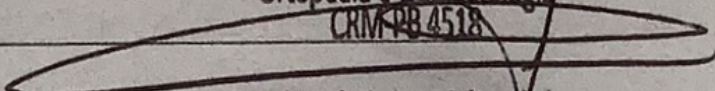
ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do (a)
 Sr. (a) João Ferreira de Sousa
 Portador (a) da Identidade RG _____ que o (a) mesmo (a) foi
 atendido (a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador (a) da patologia
 CID-10 M17.0, devendo permanecer afastado (a) de suas
 atividades laborativas por um período de 30 (trinta)
 dias, a partir desta data.

João Pessoa, 07/11/22

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 4518


 Assinatura e Carimbo do(a) médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu _____

Autorizo o Dr. (a) _____


A registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.


 Assinatura do (a) paciente ou responsável legal



Rua Miriam Barreto Rabelo, 591. Aeroclube
 João Pessoa | PB - CEP 58036-690 - Tel: (83) 3578 3000

www.ortotraumamedical.com.br

 /ortotraumamedicalcenter

 @ortotraumamedical

Diretor Técnico: André Luís Lopes Gomes de Siqueira CRM 6207/PB

JAPUNGU AGROINDUSTRIAL LTDA

DESTILARIA JAPUNGU

ASSISTÊNCIA SOCIAL

RECEITUÁRIO

Nome: ADIVSS - Benefício por

Data: / / Matrícula:

Incapacidade Temporária.

Encaminho o Colaborador
Jean Ferreira de Sousa apresentando
o Guadua de Guadua de Sousa no posto
CI 013 M 17.0. A guadua que o
CID apresentado não está presente
no livro de Guadua de Sousa, seu
funcionário de Guadua 1339 de 18/11/93
não tem de Guadua Guadua de Sousa
CID e Ata Profissional. De Guadua
operando por 30 dias
Medico

22/11/22 F 212

Comunicação de Decisão

30/03/2023 08:41:50

NIT: 168.22684.45-0

Número do Benefício: 642.472.084-0

Espécie: 91

Número do Requerimento: 219179334

Ao Sr. (a): JEAN FERREIRA DA SILVA

Endereço: SITIO TABERABA SN CASA, ZONA RURAL

CEP: 58.297-000

Município: RIO TINTO

UF: PB

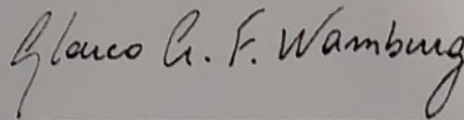
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

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 17/11/2022, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que ficou comprovada que houve incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 29/03/2023. Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30(trinta) dias, contados da data do recebimento desta comunicação. Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo 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.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RIO TINTO

Endereço: RUA DA AURORA, S N , CENTRO

CEP: 58.297-000

Município: RIO TINTO

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, 29 de Março de 2023

Assinatura do Requerente / Representante Legal