

Ass. Sob carimbo do servidor

**Leolino Fernandes da Silva**  
Secretário Municipal de Administração  
Matrícula: 224

Portaria N° 0153/2017,

de 22 de maio de 2017.

O PREFEITO MUNICIPAL DE BRASILÂNDIA DO  
TOCANTINS, ESTADO DO TOCANTINS, no uso de suas atribuições  
constitucionais e legais,

RESOLVE:

Art. 1º - Fica concedida, licença para tratamento de saúde requerido  
pela servidora, Sr.<sup>a</sup> **Elizian Lisboa dos Santos Silva**, com o CPF  
003.762.531-42, PASEP 190.34731.52-1, BENEFICIO DE N° 6182614793.  
Cargo de Almojarife do quadro de funcionários desta prefeitura, a partir do dia  
18 de maio do ano de 2017, conforme Comunicação e Carta de Concessão do  
dia 22 de maio de 2017 do INSS (Instituto Nacional de Seguro Social).

Art. 2º - Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação  
revogada as disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL, em Brasilândia do  
Tocantins, aos 22 dias do mês de maio de 2017.

  
Ricardo Ferreira Dias  
Prefeito Municipal

Prefeito Municipal

## REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Brasilândia do Tocantins 22 de maio de 2017

Excelentíssimo Senhor  
Ricardo Ferreira Dias  
Prefeito Municipal

Eu Elizian Lisboa dos Santo Silva, portadora do Matrícula de nº 281 CPF 003.762.531-42 residente e domiciliada na Rua João Mendes Frisão S/N, município de Brasilândia do Tocantins, servidora publica deste município com o cargo Efetivo de Almojarife lotada na Secretaria Municipal de Saúde, venho por meio deste, requerer a partir de 18 de maio de 2017 concessão de licença para tratamento de saúde, conforme os artigos 82 e 83 da Lei de Nº 340/2010, de 10 de dezembro de 2010, e fundamentados na Comunicação de Decisão da pericia médica previdenciária de 18 de maio de 2017 anexada a este requerimento.

Elizian Lisboa dos Santos Silva

Requerente



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 19034731521

Número do Benefício: 6182614793 Espécie: 31

Número do Requerimento: 179989479

Ao Sr. (a): ELIZIAN LISBOA DOS SANTOS

Endereço: JOAO MENDES FRASAO SN, CENTRO

CEP: 77735000 Município: BRASILANDIA DO UF: TO

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação 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.  
Legal: de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 18/04/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 30/12/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/12/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação. A partir de 30/12/2017 (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 do Pedido de Prorrogação 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. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença 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: CONCEICAO DO ARAGUAIA Endereço: AV JUSCELINO KUBITSCHEK, 2650, CENTRO  
CEP: 68540000 Município: CONCEICAO DO ARAGUAIA UF: PA

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, 22 de Maio de 2017

---

Assinatura do Requerente / Representante Legal

**Requerimento de Benefício por Incapacidade****Comprovante do Requerimento**

Requerimento: 179989479

Benefício Nº: 6182614793

Data: 18/04/2017

**Dados Do Requerimento**

NIT (PIS/PASEP):	19034731521
Nome:	ELIZIAN LISBOA DOS SANTOS
Endereço:	JOAO MENDES FRASAO
Bairro/Município/UF/CEP:	CENTRO / BRASILANDIA DO TOCANTINS / TO / 77735000
Agência:	CONCEICAO DO ARAGUAIA
Endereço da Realização da Perícia:	AV JUSCELINO KUBITSCHEK, 2650
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:	CENTRO / CONCEICAO DO ARAGUAIA / PA / 68540000
Exame médico-pericial agendado para:	18/05/2017 11:00
CNPJ, CGC ou CEI:	37420718000147
Data do último dia de trabalho:	26/03/2017

**Termo de Responsabilidade**

Confirmo a data do último dia de trabalho informada:	Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.
_____	Data: ___ / ___ / _____
Carimbo e Assinatura do responsável pela Empresa	Assinatura

**Observação**

- Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:
  - Documento de IDENTIDADE Original;
  - EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
  - Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
  - Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
  - Se segurado especial(trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;
- A agência bancária selecionada: poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou ligando para o número 135 da Central.
- Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.
- Compareça à Agência da Previdência Social com no mínimo 1 (uma) hora de antecedência do horário da perícia médica, munido de documentos pessoais, a fim de regularizar dados cadastrais.

Encerrar

Imprimir

CPF 003.762.531-42

Antonia Lisboa dos Santos

Dov. 14/08/1978