

Ass. Sob carimbo do servidor

Leolino Fernandes da Silva
Secretário Municipal de Administração
Matricula. 224



Decreto Nº 0087/2017,

de 29 de agosto 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
pelo servidor, Sr. **Antonio Edimar da Silva**, com o CPF 644.310.531-15,
PASEP 20940943357, BENEFICIO DE Nº 6195441574. Cargo de Assessor
Direto – AD4 de Gabinete do quadro de funcionários desta prefeitura, a partir
do dia 31 de julho do ano de 2017, conforme Comunicação e Carta de
Concessão do dia 29 de agosto 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 29 dias do mês de agosto de 2017.

Ricardo Ferreira Dias
Ricardo Ferreira Dias
Prefeito Municipal

Ricardo Ferreira Dias

Prefeito Municipal

REQUERIMENTO DE LICENÇA PARA TRATAMENTO E SAÚDE

Brasília do Tocantins 29 de agosto de 2017

Excelentíssimo Senhor
Ricardo Ferreira Dias
Prefeito Municipal

Eu Antonio Edimar da Silva, portador da Matrícula de Nº 223 CPF 644.310.531-15 residente e domiciliado na Avenida Tibiriçá Milhomem nº 625, município de Brasília do Tocantins, servidor público deste município com o cargo comissionado de Assessor Direto ADG-4 lotado no Gabinete do Prefeito, venho por meio deste, requerer a partir de 31 de julho de 2017 concessão de licença para tratamento de saúde, conforme os artigos 82 e 83 da Lei de nº 340/2010, de dezembro de 2010, fundamentada na comunicação de decisão da perícia médica previdenciária de 29 de agosto de 2017 anexada a este requerimento.

Antonio Edimar da Silva

Antonio Edimar da Silva

Requerente

*Recebido
29/08/2017*

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

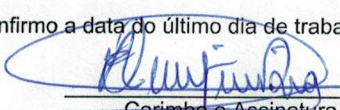
Requerimento: 181994623
 Benefício Nº: 6195441574
 Data: 31/07/2017

Dados Do Requerimento

NIT (PIS/PASEP):	20940943357
Nome:	ANTONIO EDIMAR DA SILVA
Endereço:	TIBIRICA MILHOMEM
Bairro/Município/UF/CEP:	CENTRO / BRASILANDIA DO TOCANTINS / TO / 77735000
Agência:	MIRACEMA DO TOCANTINS
Endereço da Realização da Perícia:	ALAMEDA SUSSUAPARA QUADRA 66 LOTE 01 15
Bairro/Município/UF/CEP da Perícia:	MIRACEMA DO TOCANTINS / TO / 77650000
Exame médico-pericial agendado para:	29/08/2017 08:00
CNPJ, CGC ou CEI:	37420718000147
Data do último dia de trabalho:	11/07/2017

Termo de Responsabilidade

Confirmo a data do último dia de trabalho informada: Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

Carimbo e Assinatura do responsável pela Empresa:  Data: ___/___/___

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 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.**

Encerrar

Imprimir

v2.12.2 - build-time 2017-07-12T20:26:34Z

MPS | INSS

Segunda-feira, 31 de Julho de 2017

CPF 644.310.531-15
 mãe - Maria Rozalva Paz
 D.N. 24.01.1958





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20940943357

Número do Benefício: 6195441574

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181994623

Ao Sr. (a): ANTONIO EDIMAR DA SILVA

Endereço: TIBIRICA MILHOMEM, CENTRO

CEP: 77735000

Município: BRASILANDIA DO TOCANTINS

UF: TO

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.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 31/07/2017, 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 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.

Data, 29 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência
CEP: 77650000

MIRACEMA DO TOCANTINS
Município: MIRACEMA DO TOCANTINS

Endereço: ALAMEDA SUSSUAPARA QUADRA 66
UF: TO LOTE 01 15

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,

Assinatura do Requerente / Representante Legal

Situação do Benefício

NB: 6195441574

Nome: ANTONIO EDIMAR DA SILVA

Situação: **Benefício concedido.**