

Ass. Sob carimbo do servidor

**Leolino Fernandes da Silva**  
Secretário Municipal de Administração  
Matricula 224

Portaria Nº 0113/2017,

de 28 de março 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> **Domingas Francisca dos Santos**, com o CPF 45.711.261-49, PASEP 1902437428-9, BENEFICIO DE Nº 6176231349. Cargo Auxiliar de Serviços Gerais do quadro de funcionário desta prefeitura, a partir do dia 28 de março do ano de 2017, conforme Comunicação e Carta de Concessão do dia 28 de março 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 28 dias do mês de março de 2017.

  
Ricardo Ferreira Dias  
Prefeito Municipal

Ricardo Ferreira Dias

Prefeito Municipal

## COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 19024374289

**Número do Benefício:** 6176231349

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 178994622

**Ao Sr.(a):** DOMINGAS FRANCISCA DOS SANTOS

**Endereço:** RUA SALATIEL ALVES GOUVEIA NR 525, 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. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 22/02/2017, 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.

Data: 28 de março de 2017

### INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

**Agência da Previdência Social:** MIRACEMA DO TOCANTINS **Endereço:** ALAMEDA SUSSUAPARA  
QUADRA 66 LOTE 01 15

**CEP:** 77650000 **Município:** MIRACEMA DO TOCANTINS

**UF:** TO

**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 28 de março de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal

**Requerimento de Auxílio Doença****Comprovante do Requerimento**

Requerimento: 178994622

Benefício Nº: 6176231349

Data: 22/02/2017

**Dados Do Requerimento**

NIT (PIS/PASEP):	19024374289
Nome:	DOMINGAS FRANCISCA DOS SANTOS
Endereço:	RUA SALATIEL GOUVEIA
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:	28/03/2017 11:00
CNPJ, CGC ou CEI:	37420718000147
Data do último dia de trabalho:	05/12/2016

**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

v2.6.3 - build-time 2016-06-21T19:41:21Z

MPS | INSS

Quarta-feira, 22 de Fevereiro de 2017

CPF 454.911.261-49

D.N 22/10/1966

mãe - Norberta Maria dos Santos

**37.420.718/0001-47**

Prefeitura Municipal de Brasília do Tocantins

Rua Deusvan Frasco nº 1057

CENTRO - CEP 77735-000

**Brasília do Tocantins - TO**

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: MIRACEMA DO TOCANTINS  
**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE  
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 178994622  
BENEFÍCIO Nº 6176231349  
(2ª Via)

*ligue 135*

Prezado (a) Sr(a)

**DOMINGAS FRANCISCA DOS SANTOS**

(NOME DO SEGURADO)

00000416615, 67317 / 6, 19024374289  
(RG/CERTIDÃO), (CTPS/SÉRIE), (NIT)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(REPRESENTANTE LEGAL) (RG) (CTPS/SÉRIE) (NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

<b>Data:</b> 28/03/2017
<b>Hora:</b> 11:00
<b>Endereço:</b> ALAMEDA SUSSUAPARA QUADRA 66 LOTE 01 15 MIRACEMA DO TOCANTINS - TO

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Miracema do Tocantins, 28 de março de 2017

  
Lorena Martins  
Técnica do Seguro Social  
Matrícula 1706959  
MIRACEMA DO TOCANTINS

\_\_\_\_\_  
Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. do Requerente/ Rep. Legal