

Comunicação de Decisão

23/11/2021 16:50:18

NIT: 126.28098.38-7

Número do Benefício: 616.883.019-0

Espécie: 31

Número do Requerimento: 177729860

Ao Sr. (a): LUCIANO COSTA DA SILVA

Endereço: R DEOLINDO ROSA DA CONCEICAO, 365, VILA CACHOEIRINHA

CEP: 79.814-240

Município: DOURADOS

UF: MS

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Arts. 59 e 89 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Artigo 71, 78 e 136 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 15/12/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. Além disso, conclui-se por seu encaminhamento a Reabilitação Profissional, devendo V.Sa. agendar, de imediato, a entrevista de avaliação, nesta Agencia da Previdência Social. Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até 17/11/2021. 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: DOURADOS

Endereço: AV WEIMAR GONCALVES TORRES 3215 A, CENTRO

CEP: 79.800-023

Município: DOURADOS

UF: MS

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, 23 de Janeiro de 2018

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/aberto/autenticidade/>
com o código 2111238560GV53