

**NIT:** 126.24093.38-0

**Número do Benefício:** 645.632.035-0

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 234530092

**Ao Sr. (a):** CLEIDE DO AMARAL RODRIGUES

**Endereço:** R DEMECIANO PEREIRA DE MATOS, 2035, CENTRO

**CEP:** 79803-970

**Município:** DOURADOS

**UF:** MS

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Atestado apresentado preenche os requisitos estabelecidos para concessão do benefício

**Fundamentação Legal:** Art. 59 e §14, art. 60 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 22/09/2023, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício. O benefício foi concedido até 23/09/23. Não caberá pedido de prorrogação desse benefício. Dessa forma, se após a cessação, ainda necessitar de afastamento do trabalho, poderá requerer novo pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária. Os beneficiários que tiverem auxílios por incapacidade temporária concedidos nos termos do §14, art. 60 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991, ainda que de forma não consecutiva, não poderão ter a soma de duração dos respectivos benefícios superior a 180 (cento e oitenta) dias. O requerimento de novo pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br) Se o segurado facultativo, contribuinte individual ou doméstico ficar em Auxílio por Incapacidade Temporária durante todo o mês civil, não será devido o recolhimento da contribuição previdenciária daquele mês. 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.



**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** DOURADOS

**Endereço:** AV WEIMAR GONCALVES TORRES 3215 A, CENTRO

**CEP:** 79800-023

**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, 25 de Setembro de 2023

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**COMUNICAÇÃO DE RESULTADO DE REQUERIMENTO**



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 231030YMGBLAKPQQAJI968