



ESTADO DA PARAÍBA  
PODER LEGISLATIVO  
CÂMARA MUNICIPAL DE TAPEROÁ  
"CASA CORSINO DE FARIAS SOUZA"  
Gabinete do Vereador José Humberto de Sales

REQUERIMENTO Nº 022 /2016.

**APROVADO**

Em, 04 / 03 / 2016

~~José Maciel Alves Melquiades~~  
PRESIDENTE

Senhor Presidente,  
Senhores(as) Vereadores(as),

Requeiro na forma regimental que depois de ouvido em plenário, seja encaminhado à solicitação ao presidente desta Casa Legislativa, o meu afastamento até o dia 06/04/2016 por motivo de doença, conforme documento em anexo.

Certo de vossas compreensões agradeço o apoio de todos.

Taperoá, 02 de Março de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
JOSÉ HUMBERTO DE SALES  
VEREADOR











**COMUNICAÇÃO DE DECISÃO**

**NIT:** 12552989847  
**Número do Benefício:** 6129816646 **Espécie:** 31  
**Número do Requerimento:** 170835487  
**Ao Sr.(a):** JOSE HUMBERTO DE SALES  
**Endereço:** RUA DOS JUAZEIROS 4, CENTRO  
**CEP:** 58680000 **Município:** TAPEROA **UF:** PB  
**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 08/01/2016, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 06/04/2016

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (06/04/2016), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 06/04/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração 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.

Se o segurado facultativo, contribuinte individual ou doméstico ficar em auxílio Doença 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 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 fevereiro de 2016

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**

**Agência da Previdência Social:** CAMPINA GRANDE DINAMERICA **Endereço:** AV DINAMERICA  
ALVES CORREIA, S N , SANTA ROSA **UF:** PB  
**CEP:** 58416680 **Município:** CAMPINA GRANDE

**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 29 de fevereiro de 2016

  
Assinatura do Requerente / Representante Legal