

**Aplicação em poupança**

**Debitado**

Nome FUNDACAO SANTA FILOMENA  
 Agência 1631-4  
 Conta corrente 26760-0

**Creditado**

Nome DANIELE ALVES DOS SANTOS  
 Agência 2818-5  
 Conta corrente 510041531-9  
 Variação 51  
 Valor 268,00  
 Data Nesta data

Assinada por J9049984 EDGARD MARCELO DA SILVA JUNIOR 10/12/2018 09:23:07  
 J4707543 PAULO ROGERIO MARZULLO DA SILVA 10/12/2018 09:29:42

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: J4707543 PAULO ROGERIO MARZULLO DA SILVA.

FUNDACAO SANTA FILOMENA		CC: GERAL		13o. Integral	
CNPJ: 17.512.534/0001-08		Mensalista		Dezembro de 2018	
Código	Nome do Funcionário	CBO	Departamento	Fiscal	
37	DANIELE ALVES DOS SANTOS EDUCADORA	516215	1	1	
		Admissão:	06/03/2018		
Código	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos	
12	13 SALARIO INTEGRAL	6,00	638,00		
861	TROCO DO 13o SALARIO	0,00	0,04		
50	ADIANTAMENTO 13 SALARIO	319,00		319,00	
825	INSS 13o SALARIO	8,00		51,04	
			Total de Vencimentos	Total de Descontos	
			638,04	370,04	
			Valor Líquido →	268,00	
Salário Base	Sal. Cont. INSS	Base Cál. FGTS	FGTS do Mês	Base Cál. IRRF	Faixa IRRF
1.276,00	638,00	319,00	25,52	397,37	0,00



Declaro ter recebido a importância líquida discriminada neste recibo.





Assinatura do Funcionário


Data

\*\*\* PARABÉNS PELO SEU ANIVERSÁRIO NO DIA 11 DE DEZEMBRO \*\*\*

79



09:12


CRER.pdf






**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**

**COMUNICAÇÃO DE DECISÃO**

**NIT:** 13037617127  
**Número do Benefício:** 6243096754 **Espécie:** 31  
**Número do Requerimento:** 190720620  
**Ao Sr. (a):** DANIELE ALVES DO SANTOS  
**Endereço:** R RUA MANCHESTER, 296 APT 101, SANTA CRUZ INDUSTRIAL  
**CEP:** 32340550 **Município:** CONTAGEM **UF:** MG  
**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 09/08/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 31/01/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/01/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 31/01/2019 (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 de Solicitação 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, 16 de Agosto de 2018

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**

<b>Agência da Previdência:</b> CONTAGEM	<b>Endereço:</b> R BERNARDO MONTEIRO, 460
<b>CEP:</b> 32017170	<b>Município:</b> CONTAGEM
	<b>UF:</b> MG <b>CENTRO</b>

**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.  
 Cliente,

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Requerente / Representante Legal

