

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

Emitente:	LAR MARIA CLARA
Conta origem:	1529 / 003 / 00002776-0
Conta destino:	1529 / 013 / 00032980-1

Nome destinatário:	DIRCELENE TEIXEIRA NUNES DRUMOND
Valor:	R\$ 351,00
Identificação da operação:	PAGAMENTO REF 12.2018

Data de débito:	08/01/2019
Data/hora da operação:	08/01/2019 11:30:50

Código da operação:	00118758
Chave de segurança:	6S91JM6UW3PAAJL

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12466715610

Número do Benefício: 6259883262

Espécie: 31

Número do Requerimento: 193487442

Ao Sr. (a) : DIRCELENE TEIXEIRA NUNES

Endereço: R SEBASTIAO LIMONI, 58, TROPICAL

CEP: 32072330 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 11/12/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 27/11/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (27/11/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 27/11/2019 (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 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, 27 de Dezembro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência CONTAGEM

CEP: 32017170

Município: CONTAGEM

Endereço: R BERNARDO MONTEIRO,400

UF: MG CENTRO

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





Atesto que o(a) Sr(a) _____

portador da Carteira Profissional nº _____

e Carteira de Identidade nº _____

Não apresenta ao exame clínico de rotina realizado nesta data sinais de doenças infecto-contagiosas, de alterações evidentes de órgãos dos sentidos ou vícios de conformação física. Durante a entrevista não evidencio sinais de déficit ou doença neuro-psiquiátrica. (Este atestado não é válido como exame admissional, demissional ou periódico para fins de legislação à saúde do trabalhador via Portaria nº 24 de 29/12/94 do Ministério do Trabalho)

Compareceu nesta data para consulta / exame tendo permanecido na unidade no período de _____ às _____ horas.

Necessita permanecer afastado do trabalho por doze (12) dias, a partir de _____ por motivo de doença CID _____ (a pedido do paciente). (Este atestado é válido para finalidades previstas no art. 148 § 1º do Decreto 2172 de 05/03/97 e Resolução CFM 1490/84 e será expedido para justificar o Afastamento do trabalho de 1 a 15 dias)

Deverá afastar-se do trabalho no período de _____

_____ dias, a partir de _____

conforme o dispositivo no inciso XVII, art. 7º, capítulo II, título II da Constituição Federal de 05/10/88. (Licença - Maternidade).

OBS.: Este Atestado perderá o valor em caso de rasura e de preenchimento de mais de um campo.

UNIDADE DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM
José Lucas Filho

DATA

29/11/18

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Av. João ... 1495 Contagem/MG
CEP 32341-001 - Telefone: (31) 3337-2630 / 3337-2180
CNPJ 18.212.084/0001-67

