



Ofício nº 315 /11.028.060/ Agência da Previdência Social

Pouso Alegre , 24 de Abril de 2014

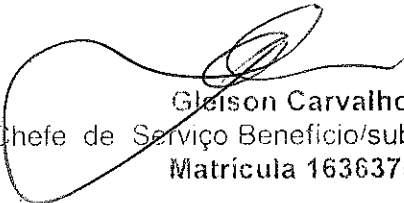
Ao Excelentíssimo Senhor
Dr **GILBERTO GUIMARÃES BARREIRO**
Presidente da Câmara Municipal
Av :São Francisco , nº320
Bairro : Primavera
37550 – 000 Pouso Alegre – MG

Ofício : 144/2014
Segurado (a) : Carla Fernanda Woycick Santiago
Assunto : Presta informação

Senhor Presidente ,

1. Em atenção ao ofício supra, datado de 15 (quinze) Abril do corrente ano ,beneficiária desde 09/02/2011 até 31/03/2014 sob número 31/544.743.583-4 e fica agendada nova perícia em 21/05/2014 às 12:20h , conforme anexo .

Atenciosamente,


Gleison Carvalho
Chefe de Serviço Benefício/substituto
Matrícula 1636375



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: APS - POUSO ALEGRE
**REQUERIMENTO DE PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 157349926
BENEFÍCIO Nº 5447435834

Prezado (a) Sr(a)

CARLA FERNANDA WOYCIK SANTIAGO

(NOME DO SEGURADO)

00MG4251731, 31575 / 46, 17033252380
(RG/CERTIDÃO), (CTPS/SÉRIE), (NIT)

_____, _____, _____, _____
(REPRESENTANTE LEGAL) (RG) (CTPS/SÉRIE) (NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Reconsideração e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 21/05/2014
Hora: 12:20
Endereço:
AV. PREFEITO SAPUCAÍ, 120
POUSO ALEGRE - MG

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

POUSO ALEGRE, 16 de abril de 2014

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda o resultado do Pedido de Reconsideração, se a conclusão médica for contrária.

Ciente em ____/____/____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal

Origem Desvio Restaura Fim

3834 CARLA FERNANDA W SANTIAGO Situacao: Cessado
041.076-91 NIT: 1.703.325.238-0 Ident.: 00MG4251731 MG

Mantenedor: 11.0.28.060 Posto : APS POUSO ALEGRE SABI
OL Mant. Ant.: Banco : 389 BMB
OL Concessor : 11.0.28.060 Agencia: 069667 POUSO ALEGRE

Nasc.: 10/03/1970 Sexo: FEMININO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCARIO Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: CONTRIBUINTE INDIVID Qtd. Dep. Informada: 00
Meio Pagto: C/C No 0010134309 TIPO: C/C INDIVIDUAL Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: CESSADO EM 14/03/2014 Dep. valido Pensao: 00
Motivo : 54 LIMITE MEDICO INFORMADO P/ PERICIA
APR. : 0,00 Compet : 03/2014 DAT : 31/12/2010 DIB: 09/02/2011
MR.BASE: 636,16 MR.PAG.: 724,00 DER : 09/02/2011 DDB: 11/02/2011
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENT0 DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 31/03/2014

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3