



PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS
Praça Manoel Leite Lemos, 115 – Centro- CNPJ 17 894 064/0001-86
Fone (35) 3525 1020 - CEP 37910 000
Minas Gerais

QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO ADMINISTRATIVO DE PRESTAÇÃO
DE SERVIÇO TEMPORÁRIO DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO
N.º 132/2017

Aos 04 (quatro) dias do mês de junho de 2019 (dois mil e dezenove) entre as partes: **PREFEITURA MUNICIPAL DE DELFINÓPOLIS**, neste ato representada pela Senhora Prefeita Municipal, **Suely Alves Ferreira Lemos**, brasileira, viúva, agropecuarista, inscrita no CPF sob n.º 339.621.116-20 e portadora da Cédula de Identidade – RG: 9.437.080-1 – SSP/SP, residente e domiciliada nesta cidade à Avenida Padre Ivo Soares Matos, 598, Centro, e de outro lado, a Senhora **DEISY LÚCIA DE SOUZA BASTOS**, brasileira, solteira, farmacêutica, inscrita no CPF sob o n.º 461.029.816-34, portadora da Cédula de Identidade: MG-1.718.985 expedida pela PC/MG, PIS/PASEP: 1241500325-7, residente e domiciliada à Rua Delson Scarano, n.º 107, Bairro Peixoto – Cássia/MG.

CLAUSULA PRIMERA- DO PRAZO

Conforme Afastamento de Saúde, referente ao Auxílio Doença - INSS, fica prorrogado o prazo de vigência do contrato supracitado até **21/06/2019**.

CLÁUSULA SEGUNDA

Permanecem inalteradas as demais cláusulas do mencionado contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA

O presente Termo Aditivo entrará em vigor a partir do 5.º (quinto) dia do mês de junho de 2019 (dois mil e dezenove).

E por estarem assim ajustados e contratados, firmam o presente Termo Aditivo em 03 (três) vias de igual teor e efeito, com as testemunhas abaixo.

Prefeitura Municipal de Delfinópolis, 04 de junho de 2019.


Suely Alves Ferreira Lemos
Prefeita de Delfinópolis


Deisy Lúcia de Souza Bastos
Contratada

TESTEMUNHAS:

1) 
Adrielle Soares de Carvalho Pinto
CPF: 107.191.986-04
Auxiliar Administrativo

2) 
Estefânia Luciana Martins de Melo
CPF: 112.986.686-62
Auxiliar Administrativo

NIT: 12415003257

Número do Benefício: 6272164428

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195346834

Ao Sr. (a): DEISY LUCIA DE SOUZA BASTOS

Endereço: R RUA DEPUTADO DELSON SCARANO 107, CENTRO

CEP: 37980000

Município: CASSIA

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. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 21/03/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 21/06/2019

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (21/06/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 21/06/2019 (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.

Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexa epidemiológico entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias.

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, 25 de Março de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: CASSIA

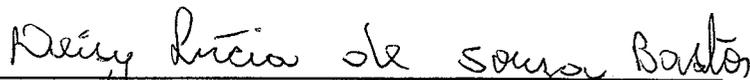
Endereço: RUA MONSENHOR GERALDO, 301
CASA, CENTRO

CEP: 37980000 Município: CASSIA

UF: MG

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,


Assinatura do Requerente / Representante Legal