

Pedido de Revalidação/Revisão de Datas de Benefício por Auxílio-Doença Temporário (Espécie 31)

À

Instituto Nacional do Seguro Social – INSS
Agência da Previdência Social

Assunto: Pedido de Revalidação/Revisão de Datas de Benefício por Auxílio-Doença Temporário (Espécie 31)

Segurado(a): [NOME COMPLETO]

CPF: [000.000.000-00]

NB (Número do Benefício): [123.456.789-0]

NIT/PIS/PASEP: [000.00000.00-0]

AO SENHOR(A) GERENTE DA AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL,

Venho, respeitosamente, por meio deste requerimento, solicitar a revisão e revalidação das datas do benefício por incapacidade temporária (auxílio-doença - espécie 31), concedido sob o NB acima mencionado.

Informo que:

- Meu último dia de trabalho foi em [DATA];
- Dei entrada no benefício em [DATA DE ENTRADA];
- O benefício foi concedido com DIB (Data de Início do Benefício) em [DATA DIB] e DCB (Data de Cessação do Benefício) em [DATA DCB];
- No entanto, apresento documentação médica (laudos, atestados e exames) que comprovam que minha incapacidade teve início em data anterior à DIB concedida, ou que permaneceu após a DCB fixada pelo INSS.

Dessa forma, venho requerer:

1. A revisão da DIB e/ou da DCB do benefício em questão, com base nas evidências médicas anexas;
2. A revisão do valor e pagamento de valores retroativos a que eu fizer jus, se for o caso.

Documentos em anexo:

- Cópia de documento de identificação com foto;
- Cópia do CPF;

- Cópia do extrato do benefício (NB);
- Atestados e laudos médicos que comprovam o período de incapacidade;
- Outros documentos relevantes.

Nestes termos,
Pede deferimento.

[Município], [Data]

Assinatura: _____

Nome completo: [NOME DO SEGURADO(A)]

Telefone para contato: [DDD] [NÚMERO]

E-mail: [SE HOUVER]