

Dados Básicos

| Serviço | Status | Prioridade |
|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência | Concluída | Normal |
| Unidade de Protocolo | Data de entrada do requerimento | Canal de atendimento |
| DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE | 03/10/2023 14:55 | Central de Serviços - Internet |
| Última atualização | | |
| | 10/10/2023 16:00 | |

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

| Campo | Valor |
|--|------------------------|
| Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido? | C) Procurador |
| Comunicarei o óbito do titular/dependente ou cessação da representação do benefício no prazo de até 30 dias da data do ocorrido*. | Ciente e de acordo |
| CPF | 04958005978 |
| Onde você mora? | Moro em residência |
| Forma de Convívio | Com pessoas da família |
| Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família? | B) Não |
| Você é estrangeiro em situação regular no Brasil? | B) Não |
| Caso não possua os requisitos ao benefício na data de hoje, autoriza o INSS a alterar a data do pedido para atender às condições para o benefício? | Não |
| NB | 713.850.684-9 |
| NR | 57705265 |
| Impedimento de Longo Prazo | Nao |
| Gastos de uso contínuo com renda comprometida e negativa do Poder Público? | Não |
| Medicamentos: renda comprometida? | Não |
| Medicamentos: uso contínuo? | Não |
| Medicamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Medicamentos: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Medicamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Medicamentos: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Medicamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Consultas e Tratamentos: renda comprometida? | Não |
| Consultas e Tratamentos: uso contínuo? | Não |
| Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Consultas e Tratamentos: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Consultas e Tratamentos: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Fraldas: renda comprometida? | Não |
| Fraldas: uso contínuo? | Não |
| Fraldas: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Fraldas: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Fraldas: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Fraldas: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Fraldas: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Alimentação Especial: renda comprometida? | Não |
| Alimentação Especial: uso contínuo? | Não |
| Alimentação Especial: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Alimentação Especial: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Alimentação Especial: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Indicação para Proteção Especial? | Não |
| Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade? | Não |

| Campo | Valor |
|--|-------|
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público? | Não |

Interessados

| CPF | Nome Completo | Data Nascimento | Nome Completo da Mãe |
|----------------|-------------------------|-----------------|--------------------------|
| 841.760.321-20 | MARIA APARECIDA BATISTA | 27/08/1967 | APARECIDA ALVES DE SOUZA |

Procuradores / Representantes Legais

| CPF | Nome Completo | Data Nascimento | Nome Completo da Mãe |
|----------------|------------------------------|-----------------|--------------------------|
| 049.580.059-78 | LUIS HENRIQUE MIRANDA BASTOS | 28/01/1986 | EUNICE DOS ANJOS MIRANDA |

Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

Anexos

| ID | Nome do Arquivo | Descrição do Arquivo | Tamanho | Enviado Por | Autenticado? |
|------------|--|---|----------|-----------------------------------|--------------|
| 409783888 | SIMA.pdf | Outros documentos | 1,06MB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783864 | PROCURAÇÃO.pdf | Procuração e representação legal, se for o caso | 470,98kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783893 | comprometimento_renda.pdf | Comprometimento de Renda | 7,54kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783865 | DOCUMENTO PESSOAL.pdf | Documentos de identificação do interessado | 1,18MB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783891 | CTPS.pdf | Outros documentos | 3,39MB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783887 | ATESTADO MÉDICO.pdf | Outros documentos | 449,45kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783886 | COPIA_OAB.pdf | Documentos de identificação do procurador e/ou representante legal, se for o caso | 171,61kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783892 | grupo_familiar.pdf | Grupo Familiar | 7,17kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783890 | CAD ÚNICO.pdf | Outros documentos | 144,99kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 409783889 | DOCUMENTO PESSOAL - FRANCISCO.pdf | Documento de identificação de todos os membros do grupo familiar | 336,45kB | 841.760.321-20 - 03/10/2023 14:55 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 412055011 | Despacho de Análise.pdf | Despacho de Análise Automático | 44,13kB | 841.760.321-20 - 10/10/2023 16:00 | Não |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 412055690 | RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf | Relatório da Avaliação Conjunta | 38,67kB | 10/10/2023 16:00 | |
| 1944271308 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
 com o código 231211HL5B4628

PROCURAÇÃO “AD-JUDÍCIA - ET EXTRA”



MARIA APARECIDA BATISTA, brasileira, casada, cozinheira, portadora da Cédula de identidade RG nº 001047335 SSP/MS, inscrita no CPF sob o nº 841.760.231-20, residente e domiciliado na Rua Ramão Osório, nº 498, Parque das Nações II, na cidade de Dourados/MS, CEP 79.842-146, nomeia e constitui como patronos os seguintes advogados:

LUÍS HENRIQUE MIRANDA - SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 27.124.610/0001-53, com sede na Rua João Damasceno Pires, nº.º 1140 - Jardim Água Boa em Dourados - MS, devidamente representada pelo advogado **LUÍS HENRIQUE MIRANDA BASTOS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil - OAB/MS nº.º 14.809 e **GRAZIELE ARAUJO BARBOSA - SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº.º XX.XXX.XXX/0001-XX, com sede na Rua João Damasceno Pires, nº.º 1140 - Jardim Água Boa em Dourados - MS, devidamente representada pela advogada **GRAZIELE ARAUJO BARBOSA DE BRITO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil - OAB/MS nº.º 27.452, com poderes adiante mencionados:



OUTORGADOS:



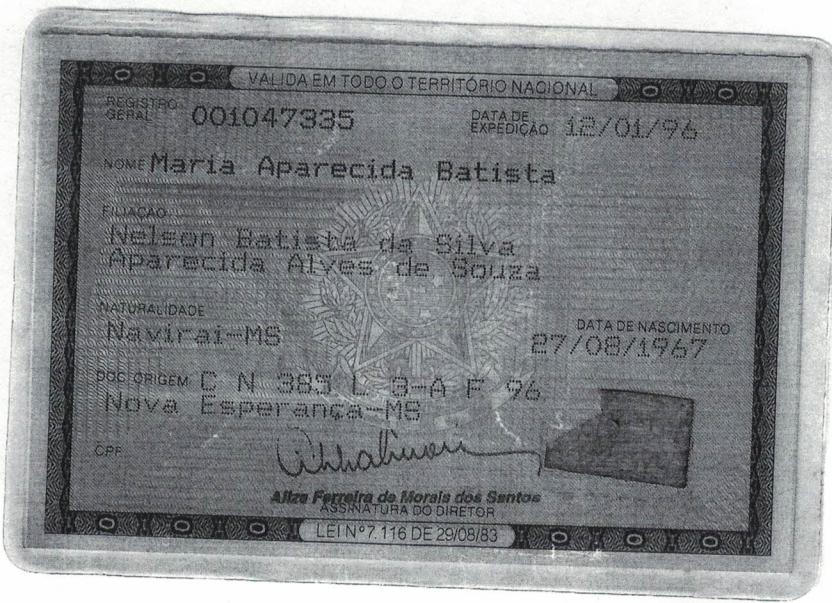
PODERES:

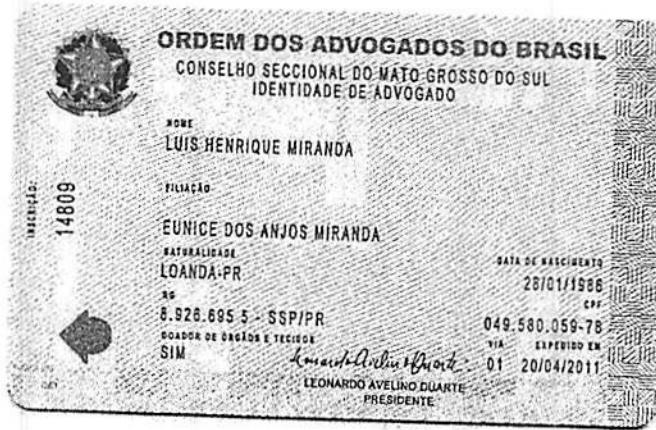
Com amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judicia - et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, ainda que administrativos, especialmente para propor ações de direito em nome do (a) outorgante ou defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras até o final julgamento, conferindo poderes especiais para receber citação inicial, confessar, formular acordos, desistir, transigir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, reconhecer a procedência do pedido, receber, dar quitação e firmar compromissos, bem como representar os interesses do (a) outorgante em processos administrativos fiscais, previdenciários, procedimentos em trâmite em Cartórios de Registros Públicos Extrajudiciais, em processos de competência da Fazenda Pública Federal, Estadual e Municipal, podendo para tanto, substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, e ainda, usar de todos os poderes para o seu mister nos termos supra descritos.

Dourados - MS, aos 14 de setembro de 2023.

maria ap Batista
OUTORGANTE







ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE SRA. MARIA APARECIDA BATISTA ESTÁ SOB MEUS CUIDADOS MÉDICOS PROFISSIONAIS APRESENTANDO QUADRO DE CID M54.6, SENDO SUBMETIDO AO TRATAMENTO CONSERVADOR. EM DECORRÊNCIA, DEVERÁ AFASTAR-SE DE SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DO PRESENTE DIA.

Dr. Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM/MS 7629 - RQE 5548

DR LEANDRO MAMEDE MAHMOUD
CRM-MS 7629 TEOT 15.968
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

EU, _____, AUTORIZO O DR LEANDRO MAMEDE MAHMOUD A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID OU POR EXTERNO NESTE ATESTADO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

26/09/2023



LUÍS HENRIQUE
MIRANDA
A D V O G A D O S

Dourados MS, aos 28 de Agosto de 2023.

Prezado (a) Dr. (a). Médico (a).

O (A) Sr. (a). Waino Aparecido Batista refere estar incapacitado (a) para o trabalho.

Refere ainda, que está passando dificuldades financeiras devido a impossibilidade de trabalhar e necessita obter benefício previdenciário por incapacidade.

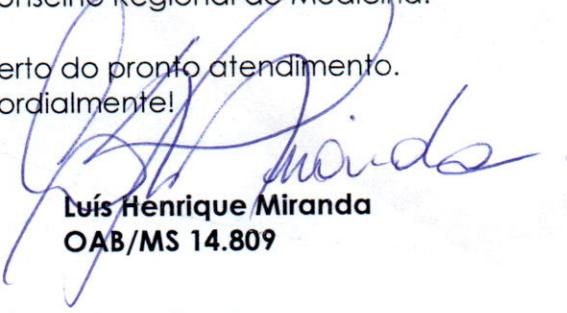
O Código de Ética Médica estatui no Art. 86 que é dever do médico fornecer laudo/atestado médico ao paciente.¹

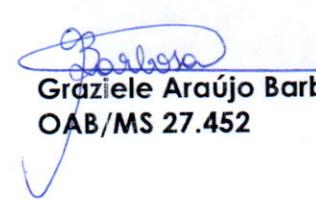
Para obter a concessão e pagamento do benefício por incapacidade necessita de atestado/laudo médico nos moldes estabelecidos na Resolução expedida pelo CFM n.º 1.658/2002 para comprovar sua incapacidade laboral em face do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, com descrição precisa das seguintes informações (vide modelo anexo):

- I - especificar o tempo concedido de dispensa à atividade, necessário para a recuperação do paciente;
- II - estabelecer o diagnóstico, quando expressamente autorizado pelo paciente;
- III - registrar os dados de maneira legível;
- IV - os resultados dos exames complementares;
- V - a conduta terapêutica;
- VI - o prognóstico;
- VII - as consequências à saúde do paciente;
- VIII - o provável tempo de repouso estimado necessário para a sua recuperação, que complementará o parecer fundamentado do médico perito, a quem cabe legalmente a decisão do benefício previdenciário, tais como: aposentadoria, invalidez definitiva, readaptação funcional;
- IX - identificar-se como emissor, mediante assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

Certo do pronto atendimento.

Cordialmente!


Luís Henrique Miranda
OAB/MS 14.809


Gráziele Araújo Barbosa
OAB/MS 27.452

¹ É vedado ao médico:

Art. 86. Deixar de fornecer laudo médico ao paciente ou a seu representante legal quando aquele for encaminhado ou transferido para continuação do tratamento ou em caso de solicitação de alta.



67 3427-0939



67 9 9960-9420



luishenrique_adv@yahoo.com.br



R. João Damaceno Pires, nº 1140, Jardim Água Boa, Dourados - MS



SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES AO MÉDICO-ASSISTENTE – SIMA

Prezado(a) Dr(a)

Solicitamos sua colaboração para nos fornecer os dados abaixo relacionados, que servirão para subsidiar a conclusão do exame médico pericial. O fornecimento destas informações, sigilosas e de utilização exclusiva para auxiliar a análise do benefício pleiteado, conta com autorização da requerente interessada ou seu responsável legal. Fundamentação Legal: Lei nº 8.213, de 1991 e RPS regulamentado pelo Decreto nº 3.048, de 1999; Lei nº 7.713, de 1988; Lei nº 9.250, de 1995; Lei nº 8.742, de 1993 regulamentada pelo Decreto nº 6.214, de 2007; Lei nº 11.907, de 2009; Lei nº 3.268, de 1957; Decreto nº 44.045, de 1958 e Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1.658, de 2002, 1.851, de 2008 e 1.931, de 2009.

Nome Requerente: *MARIA APARECIDA BATISTA*

Informações Médicas (Se necessário, use também o verso):

| | | |
|---|--|--------------|
| Data do primeiro atendimento: <i>13/09/23</i> | Data da última consulta: <i>26/09/23</i> | |
| Data(s) de internação (ões) (se houver): <i>não</i> | Data(s) de cirurgia(s) (se houver): <i>não</i> | |
| <i> / </i> | <i> / </i> | <i> / </i> |
| Diagnóstico(s) com CID | | |
| <i>M 54.6 DORSALGIA</i> | | |
| | | |
| | | |

Evolução da doença:

DORSALGIA CRÔNICA

Complicações (se houver):

Não

Exames complementares realizados:

RNM GOLVMA DORSALGIA

Dr. Leandro Mamede Mahmoud
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM/MG 7629 - RQE 5548



67 3427-0939



67 9 9960-9420



luishenrique_adv@yahoo.com.br



R. João Damaceno Pires, nº 1140, Jardim Água Boa, Dourados - MS



LUÍS HENRIQUE
MIRANDA
ADVOGADOS

Plano terapêutico ou propedêutico:

MEDICAMENTOS

Período de afastamento:

90 (NOVENTA) DIAS.

Outras considerações:

NAO

Nome:

DOURADOS-MS 26/09/2023

Local / Data:

Dr. Leandro Mamede Mahmoudi
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM/MS 7629 - RQE 5548

CRM/UF:

Assinatura e carimbo:



67 3427-0939



67 9 9960-9420



luishenrique_adv@yahoo.com.br



R. João Damaceno Pires, nº 1140, Jardim Água Boa, Dourados - MS





Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único

Comprovante de cadastro

Sua família está cadastrada no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal!

Dados da família

| Código familiar | Data de cadastro | Última atualização | Cadastro atualizado |
|----------------------------|--------------------------------|---|---------------------|
| 5066179801 | 27/11/2017 | 17/11/2021 | SIM |
| Município de cadastramento | Faixa de renda familiar total | Faixa de renda familiar por pessoa (per capita) | |
| ROCHEDO/MS | Entre meio e um salário mínimo | Entre R\$ 210,01 até meio salário mínimo | |

Endereço

ZONA RURAL - FAZENDA AGUA BOA SN - CEP: 79.450-000

Integrantes da família

| Nome | Data de nascimento | NIS, PIS ou PASEP | Estado cadastral | Parentesco com o RF |
|---------------------------------|--------------------|-------------------|------------------|---|
| MARIA APARECIDA BATISTA | 27/08/1967 | 13036076386 | Cadastrado | Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF |
| WESLEY BATISTA CAVALCANTE | 11/08/2007 | 23802615669 | Cadastrado | Neto(a) ou bisneto(a) |
| NECI EDUARDA BATISTA CAVALCANTE | 05/11/2009 | 23802612503 | Cadastrado | Neto(a) ou bisneto(a) |

Autenticidade

A autenticidade poderá ser confirmada informando a **chave de segurança** no site do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome

<https://cadunico.dataprev.gov.br#/validacao-comprovante>

Chave de segurança

guPC.2Gqr.Ol0q.Ok3A

Consulta realizada em **03/10/2023** às **14:24:02**



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
130.36076.38-6

NÚMERO 0413694 SÉRIE 003-0 UF MS

Maria Aparecida Batista

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO

| | |
|---|--------|
| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO | |
|  | |
| MARIA APARECIDA BATISTA | |
| FILIAÇÃO: NELSON BATISTA DA SILVA APARECIDA ALVES DE SOUZA | |
| NASCIMENTO: 27/08/1967 | |
| SEXO: FEMININO | |
| ESTADO CIVIL: SOLTEIRO | |
| NATURALIDADE: NAVIRAI - MS | |
| DOCUMENTO: RG 001047335 SSP MS | |
| LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 | |
| CPF: 841.760.321-20 | CNH: |
| TIT. ELEITOR: | SEÇÃO: |
| ZONA: | |
| LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE - DOURADOS - 11/09/2008 | |
|  ASSINATURA DO EMISSOR | |
| ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE | |
| FILIAÇÃO | |
| DATA DE NASC. DE / / PARA / / | |
| DOCUMENTO | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| MOTIVO | |
| NOME | |
| DOCUMENTO | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| MOTIVO | |
| NOME | |
| DOCUMENTO | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| MOTIVO | |
| NOME | |
| DOCUMENTO | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| MOTIVO | |
| LEGENDA | |
| A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO | |
| B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | |
| 03 | |

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR

REGISTRADO EM / / SOB. N° LIVRO N°

FLS..... PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL / / DATA / / ASSINATURA E CÁRIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM / / SOB. N° LIVRO N°

FLS..... PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL / / DATA / / ASSINATURA E CÁRIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM / / SOB. N° LIVRO N°

FLS..... PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL / / DATA / / ASSINATURA E CÁRIMBO DO SERVIDOR

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR

REGISTRADO EM / / SOB. N° LIVRO N°

FLS..... PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL / / DATA / / ASSINATURA E CÁRIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM / / SOB. N° LIVRO N°

FLS..... PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL / / DATA / / ASSINATURA E CÁRIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM / / SOB. N° LIVRO N°

FLS..... PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL / / DATA / / ASSINATURA E CÁRIMBO DO SERVIDOR

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

| | | |
|--|--|--|
| GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| ALERGIAS | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |
| DOADOR DE ORGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) | | |
| <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |

CARTEIRAS ANTERIORES

| | |
|------------------|--|
| DATA DA ANOTAÇÃO | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR |
| DATA DA ANOTAÇÃO | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR |
| DATA DA ANOTAÇÃO | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR |
| DATA DA ANOTAÇÃO | ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR |

06

CONTRATO DE TRABALHO

AIR PEDROSO LOPES

CNPJ: 105.329.511-15

End: -ROD MACAUBA/P.VILMA KM 22 L DI,01

Bairro: ZONA RURAL - CEP: 79833-430

Município: DOURADOS - UF: MS

Esp.Estab: AGROPECUARIA

Cargo: TRABALHADOR RURAL

CBO: 6210-05

Data de Admissão: 17/09/2008

Registro Nº.: 00006

Remuneração específica: R\$ 465,00

quatrocentos e sessenta e cinco reais p/ mês

X AIR PEDROSO LOPES

| | |
|----------------------------|--|
| 1 ^a | 2 ^a |
| DATA DE SAÍDA: 21 | DE Setembro DE 2009 |
| X | ASS. DO EMPREGADOR EU A ROGO C/ TESTEMUNHA |
| 1 ^a | 2 ^a |
| COM. DISPENSA CD Nº: 00006 | |
| FGTS Nº DA CONTA: 00006 | |

07

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: ARINO JORGE FERNANDES DE ALMEIDA

CNPJ/CEI/CPF: 22.035.39710/01

Endereço: AGUA BOA, 1

Município: ROCHEDO/MS

Esp. do Estab.: CULTIVO DE SOJA

Cargo: SERVIÇOS GERAIS

CBO: 621005

Admissão: 01 de Janeiro de 2020

Registro N°: 00005

Remuneração Especificada: R\$ 556,00 (QUINHENTOS E CINQUENTA E SEIS REAIS) ***** por MES.

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA: 28.09.2023 DE 2023
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA
1^a 2^a

COM. DISPENSA CD N°
FGTS N° DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR

CGC/CPF/CEI

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

CARGO

CBO N°

DATA DE ADMISSÃO DE DE

REGISTRO N° FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1^a 2^a

DATA DE SAÍDA DE DE

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1^a 2^a

COM. DISPENSA CD N°

FGTS N° DA CONTA:

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
CCC/CPF/CEI.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO..... CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
REGISTRO N°..... FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROCO C/ TESTEMUNHA
1^a..... 2^a.....

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROCO C/ TESTEMUNHA
1^a..... 2^a.....

COM. DISPENSA CD N°.....
FGTS N° DA CONTA:.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
CCC/CPF/CEI.....
ENDEREÇO.....
MUNICÍPIO.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
CARGO..... CBO N°.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
REGISTRO N°..... FLS. / FICHA.....
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROCO C/ TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
ASS. DO EMPREGADOR OU A ROCO C/ TESTEMUNHA
1^a..... 2^a.....

COM. DISPENSA CD N°.....
FGTS N° DA CONTA:.....

11



Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão

CPF: 841.760.321-20

Requerente: MARIA APARECIDA BATISTA

Data de Entrada do Requerimento: 03/10/2023 14:55

Serviço: Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

Há alguém do grupo familiar que requerente queira incluir ou excluir? Sim

Data da última atualização no CadÚnico: 17/11/2021

| CPF | Nome do Familiar | Grau de Parentesco | Estado Civil |
|----------------|---------------------------------|--------------------|---------------|
| 841.760.321-20 | MARIA APARECIDA BATISTA | Requerente | União Estável |
| | NECI EDUARDA BATISTA CAVALCANTE | Outros | Solteiro |
| 071.552.131-44 | WESLEY BATISTA CAVALCANTE | Outros | Solteiro |



Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão

CPF: 841.760.321-20

Requerente: MARIA APARECIDA BATISTA

Data de Entrada do Requerimento: 03/10/2023 14:55

Serviço: Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

| Categoria | Renda Comprometida | Uso contínuo | Negativa do Poder Público | Valor Dedutível por Categoria | Concorda com o valor dedutível |
|----------------------------------|--------------------|--------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Medicamentos | Não | Não | - | R\$ 48,00 | - |
| Consultas e tratamentos de saúde | Não | Não | - | R\$ 96,00 | - |
| Fraldas | Não | Não | - | R\$ 105,00 | - |
| Alimentação Especial | Não | Não | - | R\$ 129,00 | - |
| Proteção Especial - SUAS | Não | - | - | R\$ 34,00 | - |

Despacho (347327958)

Enviado em 03/10/2023 14:56

1944271308 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 198977474 - data e hora da solicitação: 03/10/2023 14:56 - data e hora agendada: 26/10/2023 07:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (347328119)

Enviado em 03/10/2023 14:57

1944271308 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 1838154120 - data e hora da solicitação: 03/10/2023 14:57 - data e hora agendada: 10/10/2023 14:40 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)



DETALHAMENTO DA ANÁLISE E DECISÃO DE REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR E DO BENEFÍCIO

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nome do Requerente: | MARIA APARECIDA BATISTA |
| CPF: | 841.760.321-20 |
| Protocolo do Requerimento: | 1944271308 |
| Espécie do Benefício: | 87 |
| Nome da Espécie: | BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA |
| Número do Benefício: | 713.850.684-9 |
| Número de Inscrição do Trabalhador: | 130.36076.38-6 |
| Data de Entrada do Requerimento: | 03/10/2023 |
| Número do Requerimento: | 57705265 |
| Data do Início do Benefício: | 03/10/2023 |
| Data do Início do Pagamento: | 03/10/2023 |

2. INFORMAÇÕES PRESTADAS NO ATO DO REQUERIMENTO

As informações abaixo foram prestadas no requerimento do benefício e utilizadas na análise:

| Campo | Valor |
|--|------------------------|
| Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido? | C) Procurador |
| Comunicarei o óbito do titular/dependente ou cessação da representação do benefício no prazo de até 30 dias da data do ocorrido*. | Ciente e de acordo |
| CPF | 04958005978 |
| Onde você mora? | Moro em residência |
| Forma de Convívio | Com pessoas da família |
| Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família? | B) Não |
| Você é estrangeiro em situação regular no Brasil? | B) Não |
| Caso não possua os requisitos ao benefício na data de hoje, autoriza o INSS a alterar a data do pedido para atender às condições para o benefício? | Não |
| NB | 7138506849 |
| NR | 57705265 |
| Impedimento de Longo Prazo | Nao |
| Gastos de uso contínuo com renda comprometida e negativa do Poder Público? | Não |
| Medicamentos: renda comprometida? | Não |
| Medicamentos: uso contínuo? | Não |
| Medicamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Medicamentos: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |



| | |
|---|---------------|
| Medicamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Medicamentos: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Medicamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Consultas e Tratamentos: renda comprometida? | Não |
| Consultas e Tratamentos: uso contínuo? | Não |
| Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Consultas e Tratamentos: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Consultas e Tratamentos: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Fraldas: renda comprometida? | Não |
| Fraldas: uso contínuo? | Não |
| Fraldas: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Fraldas: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Fraldas: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Fraldas: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Fraldas: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Alimentação Especial: renda comprometida? | Não |
| Alimentação Especial: uso contínuo? | Não |
| Alimentação Especial: incluiu anexos(s) do uso contínuo? | Não |
| Alimentação Especial: negativa pelo Poder Público? | Não Informado |
| Alimentação Especial: concorda com valor dedutível? | Não Informado |
| Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível? | Não |
| Indicação para Proteção Especial? | Não |
| Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade? | Não |
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público? | Não |
| AVALIACAO_CONJUNTA_REAPROVEITADA | Nao |
| Data de criação da tarefa | 03/10/2023 |

3. HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DE DIREITO

Foram utilizadas todas as informações disponíveis, resultando na seguinte análise:

◦ CÁLCULO DA RENDA FAMILIAR

De acordo com as informações declaradas no Cadastro Único e em confrontação com outros cadastros e bases de dados de órgãos da administração pública disponíveis, nos termos do artigo 4º e do artigo 13 do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, foram consideradas as seguintes informações para fins do cálculo da renda familiar:

| | |
|------------|-------------------------|
| Nome | MARIA APARECIDA BATISTA |
| Parentesco | - |



| Data de Nascimento | 27/08/1967 | | | |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|---------|---|
| NIT | 13036076386 | | | |
| CPF | 84176032120 | | | |
| Incluído na Renda | Sim | | | |
| Renda Considerada | R\$ 651,00 | | | |
| Detalhamento da Renda | | | | |
| Rendas Declaradas | | | | |
| Valor considerado | Valor Original | Tipo | Origem | Tipo Cadúnico |
| R\$ 651,00 | R\$ 651,00 | Renda declarada no Cadúnico | Apurada | Remuneração bruta do trabalho no último mês |

◦ **COMPROMETIMENTO DA RENDA**

Não foram apresentados documentos que comprovem gastos médicos, com tratamentos de saúde, com fraldas, com alimentos especiais e com medicamentos do idoso ou da pessoa com deficiência não disponibilizados gratuitamente pelo SUS, ou com serviços não prestados pelo Suas, comprovadamente necessários à preservação da saúde e da vida, nos termos do inciso III do art. 20-B da Lei nº 8.742, de 1993.

◦ **RESUMO DA RENDA DO GRUPO FAMILIAR**

De acordo com o art. 4º do Decreto nº 6.214, de 2007, obteve-se a seguinte renda per capita familiar:

| | |
|---|--------------|
| Valor Total da Renda Bruta: | R\$ 651,00 |
| Quantidade de Componentes: | 1 |
| Valor Renda Per Capita Líquida: | R\$ 651,00 |
| Valor do Salário Mínimo: | R\$ 1.320,00 |
| Requisito de Renda Per Capita Atendido: | Não |

◦ **INFORMAÇÕES DA AVALIAÇÃO SOCIAL E PERÍCIA MÉDICA**

Foi realizada a avaliação da deficiência de que trata o §2º e §6º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1994, resultando na seguinte conclusão:

◦ **Avaliação Médica:**

Foi realizada avaliação médica em 10/10/2023, no entanto não foi confirmada a existência de impedimento de longo prazo, prevista no §2º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993.

4. CONCLUSÃO DA ANÁLISE

Após avaliação de todas as informações prestadas no requerimento, análise dos documentos e bases governamentais disponíveis, com base nos requisitos legais exigidos para a espécie:

Não foi reconhecido o direito ao BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Motivo(s):**

Não atende ao requisito de impedimentos de longo prazo

Caso não concorde com alguma análise, poderá apresentar recurso ao Conselho de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias após a ciência desta decisão.

Em caso de dúvida, ligue para a Central 135 (segunda a sábado, das 7h às 22h), ou converse com o INSS pelo chat disponível tanto na página do Meu INSS (gov.br/meuinss) quanto pelo celular, no aplicativo "Meu INSS".

Despacho (349152172)

Enviado em 10/10/2023 16:00

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

1325456640 - Acertos para análise (Subtarefa)

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Avaliação Conjunta

Benefício: 713.850.684-9

| | |
|----------|---|
| Espécie: | 87 - Amparo Social Pessoa Portadora Deficiência |
|----------|---|

TITULAR

| | | | |
|---------------------------|---|---------------|----------------|
| Nome: | MARIA APARECIDA BATISTA | | |
| NIT: | 1.303.607.638-6 | CPF: | 841.760.321-20 |
| Data de nascimento: | 27/08/1967 | RG: | 1047335 |
| Sexo: | FEMININO | Estado Civil: | SOLTEIRO(A) |
| Escolaridade: | ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO | | |
| Local Moradia: | Vive em residência | Telefone: | 67 999345215 |
| Endereço: | R RAMAO OSORIO, 498 - CASA - PARQUE DAS NACOES II - DOURADOS/MS | | |
| Tipo Representante Legal: | - | | |
| Nome Representante Legal: | - | | |

BENEFÍCIO

| | |
|-------------------|---|
| GEX: | 06021 - GERÊNCIA EXECUTIVA DOURADOS |
| APS requerimento: | 06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS |
| APS concessora: | 06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS |
| APS mantenedora: | 06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS |

INFORMAÇÕES DA AVALIAÇÃO SOCIAL E PERÍCIA MÉDICA

| Dados da Avaliação Social | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|----|----|----|----|----|
| Situação | Data da Avaliação | Utilizada Avaliação Social Média | | | | | |
| | | Não | | | | | |
| Nome do Serviço | Local de Realização | Ordem | | | | | |
| SIAPE do Assistente Social | CRESS | | | | | | |
| Dados da Avaliação Médico Pericial | | | | | | | |
| Situação | Data da Avaliação | | | | | | |
| Concluído com Sucesso | 10/10/2023 | | | | | | |
| Nome do Serviço | Local de Realização | Ordem | | | | | |
| Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS | | | | | | | |
| SIAPE do Perito | CRM | CADMED | | | | | |
| 1569910 | | 601543 | | | | | |
| Indicador de Impedimento de Longo Prazo | Indicador de Agravante de Funções do Corpo | Indicador de Prognóstico Desfavorável | | | | | |
| Não | Não | Não | | | | | |
| Fatores Ambientais | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Atividades e Participação | | | | | | | |
| d1 | d2 | d3 | d4 | d5 | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | |
| Funções do Corpo | | | | | | | |
| b1 | b2 | b3 | b4 | b5 | b6 | b7 | b8 |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Qualificadores Finais | | | | | | | |
| Fatores Ambientais | Atividades e Participações | Funções do Corpo | | | | | |
| | | LEVE | | | | | |
| Decisão | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Despacho (349152197)

Enviado em 10/10/2023 16:00

1944271308 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Prezado(a) Sr.(a), Em atenção ao requerimento de Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Pessoa com Deficiência, efetuado em 03/10/2023, nº 713.850.684-9, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício. O indeferimento do BPC pode ocorrer por mais de um motivo, conforme o caso concreto. Em relação ao seu requerimento, o indeferimento do seu pedido se deu pelo(s) seguinte(s) motivo(s):Não atende ao requisito de impedimentos de longo prazo Comunicamos que os agendamentos pendentes, vinculados a este pedido, serão automaticamente cancelados. Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos do Seguro Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 36, §1º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS (meu.inss.gov.br) ou pela Central 135.

Anexos de Perícias Médicas



Dados Básicos

| | | |
|--|--|---|
| Serviço Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias) | Status Concluída | Prioridade Normal |
| Unidade 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL | Data de entrada do requerimento 04/10/2023 03:32 | Canal de atendimento Central de Serviços - Intranet |

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

A tarefa não possui campos adicionais.

Interessado(s)

| CPF | Nome Completo | Data Nascimento | Nome Completo da Mãe |
|----------------|-------------------------|-----------------|--------------------------|
| 841.760.321-20 | MARIA APARECIDA BATISTA | 27/08/1967 | APARECIDA ALVES DE SOUZA |

Procurador(es) / Representante(s) Legal(is)

A tarefa não possui procurador(es) / representante(s) legal(is).

Anexos

A tarefa não possui anexos.

Comentário (6932516)

Enviado em 10/10/2023 15:59

Unidade: 01400 - DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

216827261 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia