



## Dados Básicos

<b>Serviço</b> Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE	<b>Data de entrada do requerimento</b> 25/01/2024 10:52	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Internet
	<b>Última atualização</b> 19/02/2024 12:23	

## Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

## Campos adicionais

Campo	Valor
Fraldas: renda comprometida?	Não
Consultas e Tratamentos: renda comprometida?	Não
Medicamentos: renda comprometida?	Não
Alimentação Especial: uso contínuo?	Não
Medicamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Medicamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade?	Não
Fraldas: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Medicamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Alimentação Especial: renda comprometida?	Não
Medicamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Fraldas: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Fraldas: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Alimentação Especial: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: uso contínuo?	Não
Onde você mora?	Moro em residência
Aceita receber notificação de Banco ou instituição financeira sobre o seu primeiro pagamento?	B) Não
Você é estrangeiro em situação regular no Brasil?	B) Não
Alimentação Especial: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	C) Procurador
Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público?	Não
Indicação para Proteção Especial?	Não
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Medicamentos: uso contínuo?	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
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
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família?	B) Não
Fraldas: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Fraldas: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Fraldas: uso contínuo?	Não
Gastos de uso contínuo com renda comprometida e negativa do Poder Público?	Não
Forma de Convívio	Sozinho(a)
CPF	04958005978
Consultas e Tratamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Aceita receber notificações pelo WhatsApp?	A) Sim
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Medicamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Espécie do Benefício	87

<b>Campo</b>	<b>Valor</b>
NB	7144154932
Avaliação Conjunta Reaproveitada?	Não
NR	60285797

**Interessados**

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
003.553.881-38	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO	02/04/1980	CLEINE DE ARAUJO EMIDIO

**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?
446587881	TERMO DE RESPONSABILIDADE.pdf	Termo de representação da entidade conveniada	1,74MB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587882	PROCURAÇÃO.pdf	Procuração e representação legal, se for o caso	200,77kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587883	DOCUMENTO PESSOAL INTERESSADA.pdf	Documentos de identificação do interessado	395,10kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587884	DOCUMENTOS MÉDICOS NOVOS.pdf	Documento Médico	834,14kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587885	DOCUMENTO MÉDICO.pdf	Documento Médico	102,69kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587886	COPIA OAB.pdf	Documentos de identificação do procurador e/ou representante legal, se for o caso	171,61kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587887	grupo_familiar.pdf	Grupo Familiar	6,91kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446587888	comprometimento_renda.pdf	Comprometimento de Renda	7,54kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:52:14	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
446589901	CADASTRO UNICO.pdf	CAD UNICO	401,11kB	003.553.881-38 - 25/01/2024 10:54:39	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
454807074	glauca de araujo.pdf	termo de consentimento	127,10kB	3341978 - 19/02/2024 11:54:26	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
454828472	Despacho de Análise.pdf	Despacho de Análise Automático	46,74kB	003.553.881-38 - 19/02/2024 12:22:37	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
454828912	RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf	Relatório da Avaliação Conjunta	38,95kB	19/02/2024 12:23:10	Não
1991553371	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				



# INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Luís Henrique W. Prado, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob nº 089580059-70, pelo presente Termo de Responsabilidade, exercendo a representação indicada abaixo, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a representação do(s) beneficiário(s) relacionado(s) a seguir, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o evento ocorra. Os eventos a comunicar são: óbito do titular/dependente do benefício ou cessação da representação legal.

Estou ciente de que o descumprimento do compromisso ora assumido, além da obrigação à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, estarei sujeito às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

*Art. 171 - Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento.*

*Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar, obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.  
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.*

<u>Beneficiários:</u>	
Nome: <u>Jaúcio de Araújo Smitio</u>	CPF: <u>003.553.88130</u>
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____

<u>Qualidade da representação:</u>	
<input type="checkbox"/> Tutor Nato	<input type="checkbox"/> Tutor Legal
<input type="checkbox"/> Curador	<input type="checkbox"/> Responsável Termo de Guarda
<input type="checkbox"/> Administrador Provisório	<input checked="" type="checkbox"/> Procurador

Local e Data: Daytonia, 15, 05, 23  
Assinatura: Luís Henrique W. Prado

**PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA - ET EXTRA"**

**GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO**, brasileira, Solteiro(a), do lar, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 001285130 inscrito no CPF n.º 003.553.881-38, residente e domiciliado à Rua Projetada 10 - RB, nº 190 – Residencial Bonanza – Dourados – MS CEP 79.816-238, nomeia e constitui como seu bastante advogado – **LUIS HENRIQUE MIRANDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n.º 27.124.610/0001-53, com sede na Rua João Damaceno Pires nº 1140 - Jardim Água Boa em Dourados - MS, devidamente representada pelo advogado – **Luís Henrique Miranda – Sociedade Individual De Advocacia**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/MS sob o nº 14809 com escritório profissional situado à Rua João Damaceno Pires, 1140, Jardim Água Boa na cidade e Comarca de Dourados - MS, aos quais confere os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judícia – et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, ainda que administrativos, especialmente para propor ações de direito em nome da outorgante ou defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até o final julgamento, conferindo ainda poderes especiais para formular acordos, desistir, transigir, bem como representar os interesses da outorgante em processos administrativos fiscais, de competência da Fazenda Pública Municipal, Nacional, bem como perante aos Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor. Para receber citação inicial, confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, podendo para tanto, substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo, ainda, usar de todos os poderes para o seu mister nos termos supra descritos.

Dourados - MS, aos 14 de Fevereiro de 2023

  
**GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO**

**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF 

Número  
**003.553.881-38**

Nome  
**GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO**

Nascimento  
**02/04/1980**

CÓDIGO DE CONTROLE  
4B96.E209.A7B2.1A2E



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 15:01:32 do dia 14/02/2023 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS  
Secretaria Municipal de Saúde

## RECEITUÁRIO

NOME: Gláucia de Araújo Emílio

CNS: \_\_\_\_\_

LAUDO MÉDICO

Paciente portadora de História com CD 4: 320.

Desde 18/04/2012. No momento sem controle

viral. CV: 726, CD4: 614. BAIXA ADESÃO

TERAPÊUTICA -

  
Pablo Marinho Custódio  
Médico Infectologista  
CRM 5589

23-01-2024

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DE DOURADOS  
RUA DOS MISSIONARIOS - JD CARAMURU  
Dourados/MS, 79806060, (67) 99948-9340  
Registro nº 6982  
FABIANA CHAGAS COELHO - Farmaceutico Analista Clinico  
MS/2911



## Resultado de Exame de Quantificação de Carga Viral de HIV-1

Nome (Civil): <b>Glauca de Araujo Emídio</b>	Gestante: Não
Nome (Social):	Prontuário: 5951
Nascimento: 02/04/1980 (Aproximadamente 43 anos, 5 meses e 18 dias)	Amostra 1418/2023
Sexo atribuído ao Nascimento: Feminino	Data da Solicitação: 12/09/2023
Nome da Mãe: Cleine de Araujo Emídio	Data da Coleta: 20/09/2023
CNSUS: 898 0028 4292 2095	Data da Execução: 22/09/2023
Cód. Interno: 36500112	Data da Liberação: 22/09/2023

Unidade Solicitante: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DE DOURADOS  
Profissional Solicitante: Médico - 5589/MS - PABLO MARINHO CUSTODIO

Material Biológico	Carga Viral	Metodologia
Plasma	726 cópias/mL - Log 2,861	PCR Tempo Real/Cepheid Xpert HIV-1 Viral Load

Valor de referência: Não detectado RNA de HIV-1.

Observações:

**Liberado por:** Fabiana Chagas Coelho: Farmaceutico Analista Clinico - MS/2911 em 22/09/2023 11:56.

### Histórico (Últimos 15 exames)

Coleta	Gestante	Carga Viral				CD4+/CD8+						
		Cópias/mL	Log	Método	Resultado	CD4	%	CD8	%	CD4/CD8	CD45+	Resultado
20/09/2023		726	2,861	PCR Tempo Real	22/09/2023	614	28.64	838	39.08	0.73	2144	22/09/2023
15/02/2023		9780	3,990	PCR Tempo Real	23/02/2023	----	----	----	----	----	----	----
10/03/2021		53	1,724	PCR Tempo Real	29/03/2021	386	30.85	504	40.27	0.77	1252	15/03/2021 (*)
28/09/2020		9395	3,973	PCR Tempo Real	26/10/2020	941	44.43	711	33.59	1.32	2118	02/10/2020 (*)
28/08/2019		3261	3,513	PCR Tempo Real	16/09/2019	551	33.08	621	37.29	0.89	1666	31/08/2019 (*)
24/05/2017		Não Detectado	----	PCR Tempo Real	02/06/2017	353	23.75	625	42.03	0.56	1487	29/05/2017 (*)
03/02/2016		2294	3,361	PCR Tempo Real	23/02/2016	485	28.76	673	39.90	0.72	1687	10/02/2016 (*)
15/07/2015		Não Detectado	----	PCR Tempo Real	30/07/2015	551	35.53	540	34.81	1.02	1551	18/07/2015 (*)
08/04/2015		7283	3,862	PCR Tempo Real	23/04/2015	575	31.28	749	40.78	0.77	1838	10/04/2015 (*)
21/10/2014		34413	4,537	PCR Tempo Real	06/11/2014	534	37.26	558	38.90	0.96	1434	31/10/2014 (*)
01/04/2014		13301	4,124	PCR Tempo Real	23/04/2014	540	26.32	857	41.78	0.63	2051	30/04/2014 (*)
09/10/2013		46633	4,669	PCR Tempo Real	22/10/2013	450	28.74	584	37.28	0.77	1565	14/10/2013 (*)
17/06/2013		62699	4,797	PCR Tempo Real	18/07/2013	480	25.19	726	38.11	0.66	1904	20/06/2013 (*)
12/11/2012		2076	3,317	b-DNA	06/12/2012	481	27.66	707	40.67	0.68	1739	21/11/2012 (*)
18/04/2012		2029	3,307	b-DNA	03/05/2012	428	25.96	758	46.00	0.56	1647	24/04/2012 (*)

#### NOTAS:

Limites de Quantificação: Inferior: 40 cópias/mL; Superior: 10.000.000 cópias/mL (Válido para Abbott Real Time HIV-1 e Cepheid Xpert HIV-1 Viral Load).

Limites de Quantificação: Inferior: 20 cópias/mL; Superior: 10.000.000 cópias/mL (Válido para Abbott Alinity M HIV-1, COBAS 4800 HIV-1 e COBAS 5800 HIV-1).

Limites de Quantificação: Inferior: 50 cópias/mL; Superior: 10.000.000 cópias/mL (Válido para COBAS 5800 HIV-1 200µl de amostra), referente a NOTA INFORMATIVA Nº 7/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS.

Quaisquer resultados de exames laboratoriais devem ser avaliados em conjunto com as demais informações clínicas e histórico laboratorial do paciente para o melhor atendimento.

Pacientes com resultado de dois exames consecutivos de carga viral superior a 500 cópias/mL no intervalo de 4 semanas entre eles se encontram dentro dos critérios para realização do exame de genotipagem de HIV.

De acordo com a Portaria SVS/MS, Nº 29 de 17 de dezembro de 2013, que aprova o manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças, o teste molecular (TM) pode ser utilizado como teste complementar, uma vez que auxilia no esclarecimento dos casos de reatividade no teste de 4ª geração por detecção do antígeno (p24) e ausência de anticorpos circulantes, bem como nos casos de suspeita de infecção aguda pelo HIV e no diagnóstico infantil (crianças abaixo de 18 meses). Ressalta-se, no entanto, que resultados inferiores a 5.000 cópias/mL não devem ser usados isoladamente para conclusão do diagnóstico de infecção pelo HIV.

De acordo com a Nota Informativa Nº 6/2021- DCCI/SVS/MS, para o diagnóstico em crianças menores de 18 meses são disponibilizados os seguintes exames: teste molecular para quantificação do HIV-RNA/carga viral do HIV (CV-HIV) e para a detecção do DNA pró-viral do HIV. Observação: Crianças expostas ao HIV com contraindicação de coleta de CV-HIV pelo peso - menores de 2500g (alto volume relativo de sangue necessário para a execução do exame), poderão iniciar a investigação com o exame de DNA pró-viral.

Abaixo do limite inferior de quantificação (< L. Min.): refere-se que a metodologia utilizada foi capaz de detectar o RNA do HIV, mas não pode quantificá-lo. Isso corresponde a quantidade de vírus que está entre o valor de sensibilidade analítica e limite inferior de quantificação do método.

Este resultado pode ser visualizado pelo profissional solicitante no Sistema Laudo (<https://laudo.aims.gov.br/>) e pelo paciente no aplicativo Viva Bem, disponível em <http://antigo.aims.gov.br/pt-br/aplicativos>.



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS  
Secretaria Municipal de Saúde

## RECEITUÁRIO

NOME: GLAUCIA DE ARAUJO EMILIO

CNS: \_\_\_\_\_

CAUSO MÉDICO

Informe para devidos fins que Gláucia de Araujo Emilio é portadora de moléstia sob CID B24 desde 01.09.2014. Retornou as consultas médicas para tratamento no SAE Lm

Pablo Marinho Custódio  
Médico Infectologista  
CRM 5589

ASSINATURA DO MÉDICO/ENFERMEIRO  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM/COREN)

15.05.2023

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09747519

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR




COAB



OBSERVAÇÕES



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DO MATO-GROSSO DO SUL  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

REGISTRO: 14809

NOME  
LUIS HENRIQUE MIRANDA

FILIAÇÃO  
EUNICE DOS ANJOS MIRANDA

NACIONALIDADE  
LOANDA-PR


DATA DE NASCIMENTO  
28/01/1986

RG  
8.928.695 5 - SSP/PR

CPF  
049.580.059-78

QUADOR DE OBRIG. E TERCIOES  
SIM

VIA EXPEDIDO EM  
01 20/04/2011

  
LEONARDO AVELINO DUARTE  
PRESIDENTE



**Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão**

**CPF:** 003.553.881-38

**Requerente:** GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO

**Data de Entrada do Requerimento:** 25/01/2024 10:52

**Serviço:** Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

**Data da última atualização no CadÚnico:**

CPF	Nome do Familiar	Grau de Parentesco	Estado Civil
003.553.881-38	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO	Requerente	Solteiro



### Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão

**CPF:** 003.553.881-38

**Requerente:** GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO

**Data de Entrada do Requerimento:** 25/01/2024 10:52

**Serviço:** Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

<b>Categoria</b>	<b>Renda Comprometida</b>	<b>Uso contínuo</b>	<b>Negativa do Poder Público</b>	<b>Valor Dedutível por Categoria</b>	<b>Concorda com o valor dedutível</b>
Medicamentos	Não	Não	-	R\$ 50,00	-
Consultas e tratamentos de saúde	Não	Não	-	R\$ 100,00	-
Fraldas	Não	Não	-	R\$ 109,00	-
Alimentação Especial	Não	Não	-	R\$ 134,00	-
Proteção Especial - SUAS	Não	-	-	R\$ 36,00	-

[Despacho \(375383565\)](#)

[Enviado em 25/01/2024 10:52:55](#)

---

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 788132427 - data e hora da solicitação: 25/01/2024 10:52 - data e hora agendada: 19/02/2024 11:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

[Despacho \(375383797\)](#)

[Enviado em 25/01/2024 10:53:24](#)

---

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 1109529696 - data e hora da solicitação: 25/01/2024 10:53 - data e hora agendada: 01/02/2024 07:40 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

## FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

### I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 034521148-05      1.10 Data da Entrevista: 06/04/2022  
RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA: 0.00

### II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: BONANZA  
1.12 - Tipo: RUA      1.13 - Título:  
1.14 - Nome: SEBASTIAO DA ROCHA  
1.15 - Número: 190      1.16 - Complemento do Número:  
1.17 - Complemento Adicional: QD 08 LT 18  
1.18 - Cep: 79.800-003      1.20 - Referência para Localização:

### III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR	
4.02 - Nome Completo:	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO
4.03 - NIS:	20046236745
4.06 - Data de Nascimento:	02/04/1980
4.07 - Parentesco com Responsável	FILHO(A)
4.02 - Nome Completo:	VITORIA ARAUJO MARQUES
4.03 - NIS:	23617694116
4.06 - Data de Nascimento:	11/01/2012
4.07 - Parentesco com Responsável	FILHO(A)
4.02 - Nome Completo:	LAURA ARAUJO MARQUES
4.03 - NIS:	23734928989
4.06 - Data de Nascimento:	30/10/2015

Dourados, 06/04/2022

Local e Data

x Gláucia de Araújo Emídio  
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Almeida Catellon W da Silva  
Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.  
(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra

Governo Federal  
**Ministério do Desenvolvimento Social**  
 Secretaria Nacional de Renda de Cidadania  
 Departamento do Cadastro Único

**Formulário Principal  
 de Cadastramento**

Anexo ID: 446589901

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Nome

Identificação (CPF)



Identificação (Título do Eleitor)

*Gláucia de Araújo Emídio*  
 Assinatura do Responsável pela Unidade

Nome do município

Código familiar

Data da entrevista

Dia

Mês

Ano

Entrevistador

Identificação (CPF)



Modalidade da operação

Inclusão

Telefone do órgão responsável

 Alteração

*Alenei Catelloni W da Silva*  
 Assinatura do entrevistador

PORTARIA DIRBEN/INSS Nº 945, DE 29 DE OUTUBRO DE 2021

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO

Nome do requerente: Francis Li-Emilio

CPF do requerente: 003.553.881-38

1. Considerando a Lei nº 14.176, de 22 de Junho de 2021, que no inciso I do artigo 3º autorizou o INSS a realizar a avaliação social por meio de videoconferência.

2. Considerando o cumprimento ao Acórdão nº 2597/2020 do Plenário do Tribunal de Contas da União – TCU, a Portaria nº 1328 e a Portaria DIRBEN/INSS nº 910/2021, alterada pela Portaria DIRBEN/INSS nº 918/2021, foi agendado para esta data a AVALIAÇÃO SOCIAL REMOTA do requerente supra.

3. Para identificação do titular do requerimento e análise das condições sociais do participante da avaliação, se faz necessário a digitalização dos documentos de identificação e documentos médicos.

4. O INSS se compromete a manter o Sigilo das informações pessoais do requerente.

Declaro estar satisfatoriamente informado(a) acerca das condições para juntada dos documentos médicos necessários à minha avaliação e autorizo a digitalização de documentos pessoais e laudos médicos para a operacionalização da Avaliação Social Remota ora em curso.

Local e data Dourados MS 19/02/2024

Francis Li-Emilio  
Assinatura do Requerente

Despacho (381975148)

Enviado em 19/02/2024 12:22:16

---

Ref.: 87/7144154932Int.: GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIOAss.: Conclusão da Avaliação SocialPrezado(a) GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO,Nessa data, foi concluída a Avaliação Social do pedido de Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC/Loas).Atenciosamente,Erinilza Ciciliati BonioloAssistente SocialSIAPE 2823254CRESS 4904



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## DETALHAMENTO DA ANÁLISE E DECISÃO DE REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR E DO BENEFÍCIO

Nome do Requerente:	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO
CPF:	003.553.881-38
Protocolo do Requerimento:	1991553371
Espécie do Benefício:	87
Nome da Espécie:	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Número do Benefício:	714.415.493-2
Número de Inscrição do Trabalhador:	119.51872.81-3
Data de Entrada do Requerimento:	25/01/2024
Número do Requerimento:	60285797
Data do Início do Benefício:	25/01/2024
Data do Início do Pagamento:	25/01/2024

### 2. INFORMAÇÕES PRESTADAS NO ATO DO REQUERIMENTO

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

Campo	Valor
Aceita receber notificações pelo WhatsApp?	A) Sim
Aceita receber notificação de Banco ou instituição financeira sobre o seu primeiro pagamento?	B) Não
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	Sozinho(a)
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	7144154932
NR	60285797
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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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
Avaliação Conjunta Reaproveitada?	Não
Data de criação da tarefa	25/01/2024

### 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	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO
------	--------------------------



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

<b>Parentesco</b>	-
<b>Data de Nascimento</b>	02/04/1980
<b>NIT</b>	11951872813
<b>CPF</b>	355388138
<b>Incluído na Renda</b>	Sim
<b>Renda Considerada</b>	R\$ 0,00

**Detalhamento da Renda**

<b>Rendas Salário de Contribuição</b>			
<b>Valor considerado</b>	<b>Valor Original</b>	<b>Tipo Filiado</b>	<b>CNPJ</b>
R\$ 0,00	R\$ 0,00	CONTRIBUINTE INDIVIDUAL	3747565000125
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMESTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMESTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMESTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMESTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMESTICO	

◦ **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:

<b>Valor Total da Renda Bruta:</b>	R\$ 0,00
<b>Quantidade de Componentes:</b>	1
<b>Valor Renda Per Capita Líquida:</b>	R\$ 0,00
<b>Valor do Salário Mínimo:</b>	R\$ 1.412,00
<b>Requisito de Renda Per Capita Atendido:</b>	Sim

◦ **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 Social**

Foi realizada avaliação social em 19/02/2024.

◦ **Avaliação Médica:**

Foi realizada avaliação médica em 01/02/2024 tendo sido confirmada a existência de impedimento de longo prazo.

◦ **Resultado da avaliação conjunta:**

O avaliado não preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §2º e 10, da Lei nº 8.742/1993 que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

#### 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 critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS**

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](http://gov.br/meuinss)) quanto pelo celular, no aplicativo "Meu INSS".

**Brasília/DF, 19 de Fevereiro de 2024.**

Despacho (381975479)

Enviado em 19/02/2024 12:23:10

---

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Avaliação Conjunta

Benefício: 714.415.493-2

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

TITULAR

Nome:	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO		
NIT:	1.195.187.281-3	CPF:	003.553.881-38
Data de nascimento:	02/04/1980	RG:	001285130
Sexo:	FEMININO	Estado Civil:	SOLTEIRO(A)
Escolaridade:	ANTIGO PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO		
Local Moradia:	Vive em residência	Telefone:	67 999609420
Endereço:	R PROJETADA 10 - RB, 190 - RESIDENCIAL BONANZA - 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
Concluído com Sucesso	19/02/2024	Não
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS	1
SIAPE do Assistente Social	CRESS	
2823254	4904	

Dados da Avaliação Médico Pericial		
Situação	Data da Avaliação	
Concluído com Sucesso	01/02/2024	
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS		
SIAPE do Perito	CRM	CADMED
1502453		601179
Indicador de Impedimento de Longo Prazo	Indicador de Agravante de Funções do Corpo	Indicador de Prognóstico Desfavorável
Sim	Não	Não

Fatores Ambientais				
e1	e2	e3	e4	e5
2	1	2	2	2

Atividades e Participação								
d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9
0	0	0	0	0	1	2	2	1

Funções do Corpo							
b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8
0	0	0	1	0	0	0	0

Qualificadores Finais		
Fatores Ambientais	Atividades e Participações	Funções do Corpo
MODERADA	LEVE	LEVE

Decisão
O avaliado não preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §§ 2º e 10, da Lei nº 8.742/1993, que define pessoa com deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da

Despacho (381975512)

Enviado em 19/02/2024 12:23:13

---

Prezado(a) Sr.(a), Em atenção ao requerimento de Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Pessoa com Deficiência, efetuado em 25/01/2024, nº 714.415.493-2, 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 critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS. 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](http://meu.inss.gov.br)) ou pela Central 135.

# **Anexos de Perícias Médicas**



PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1101025241

Data de entrada: 25/01/2024 - Central de Serviços - Intranet

**Dados Básicos**

<b>Serviço</b> Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> NORMAL
<b>Unidade</b> DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	<b>Data de entrada do requerimento</b> 26/01/2024 04:56	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Intranet
	<b>Última atualização</b> 01/02/2024 09:24	

**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
355388138	GLAUCIA DE ARAUJO EMIDIO	323492400000	CLEINE DE ARAUJO EMIDIO

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

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

**Anexos**

A tarefa não possui anexos.

Despacho (7923866)

Enviado em 01/02/2024 09:24:58

---

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia