

**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	13/03/2023 16:48	Central de Serviços - Internet
Última atualização	25/05/2023 02:41	

**Endereço para atendimento:**

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

**Campos adicionais:**

Campo	Valor
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	A) Não. Eu sou o titular
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	713.170.796-2
NR	55999876
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

**Interessados**

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
918.749.711-53	MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA	20/09/1967	VITORINA CHAVES

**Procuradores / Representantes Legais**

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
049.580.059-78	LUIS HENRIQUE MIRANDA	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?
347535451	DOC MEDICOS.pdf	Outros documentos	1,74MB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535453	grupo_familiar.pdf	Grupo Familiar	7,37kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535452	PROCURAÇÃO.pdf	Outros documentos	389,84kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535448	DOCUMENTOS PESSOAIS - ESPOSO	Documento de identificação de todos os membros do grupo familiar	151,63kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
MATILDE.pdf					
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535454	comprometimento_renda.pdf	Comprometimento de Renda	8,00kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535450	CERTIDÃO DE CASAMENTO.pdf	Outros documentos	89,84kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535447	DOCUMENTOS PESSOAIS.pdf	Documentos de identificação do interessado	166,14kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347535449	Cad Único.pdf	Outros documentos	268,41kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 16:48	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
347549306	REPRESENTAÇÃO.pdf	TERMO DE RESPONSABILIDADE	336,69kB	918.749.711-53 - 13/03/2023 17:09	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
368906025	Despacho de Análise.pdf	Despacho de Análise Automático	40,64kB	918.749.711-53 - 25/05/2023 02:40	Não
188177591	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
368906050	RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf	Relatório da Avaliação Conjunta	38,69kB	25/05/2023 02:41	
188177591	- 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 230525HWK8U417









## FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

### I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 077018423-57

1.10 Data da Entrevista: 10/11/2022

RENDIMENTO PER CAPITA DA FAMÍLIA: 606,00

### II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: PARQUE DAS NACOES 2

1.12 - Tipo: RUA

1.13 - Título:

1.14 - Nome: MARIA PARAECIDA GONZAGA CERQUEIRA

1.15 - Número: 375

1.16 - Complemento do Número:

1.17 - Complemento Adicional:

1.18 - Cep: 79842-020

1.20 - Referência para Localização:

Protocolo 34133359

### III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

#### RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA

4.03 - NIS: 12918304389

4.06 - Data de Nascimento: 20/09/1967

4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)

4.02 - Nome Completo: JOSAFAT VICTOR DA SILVA

4.03 - NIS: 12116905941

4.06 - Data de Nascimento: 18/10/1969

Maracaju, 30/11/22

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

[Assinatura]  
Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastramento

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 pessoa)



1º Serviço Notarial e Registral  
Estado de Mato Grosso do Sul  
Comarca de Nova Alvorada do Sul  
Município de Nova Alvorada do Sul  
Distrito de Nova Alvorada

CNPJ: 73.751.398/0001 - 71

PRIMEIRO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
TABELIONATO BEZERRA

Rua Antônio Francisco Lopes nº 459 - Centro  
Nova Alvorada do Sul/MS - Cep: 79.140-000  
Tel.: (67) 3456-1283 Fax: (67) 3456-1656  
E-mail: franciscowlb@turbo.com.br

Francisco Wilson Lima Bezerra:

Oficial do Registro Civil

Célia Maria da Silva Bezerra:

Oficial Substituta

Raquel da Silva Bezerra Siqueira:

Oficial Substituta

### CERTIDÃO DE CASAMENTO

**CERTIFICO que, sob o nº 114, às fls. 114, do Livro B nº 004 de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 06 de junho de 2.008, foi lavrado o casamento de JOSAFÁ VICTOR DA SILVA e MATILDE CHAVES DE RAMOS contraído perante o MM. Juiz de casamentos, cidadão Valmir Francisco de Lima e as testemunhas constantes do termo.**

**Ele, nascido em Mirandópolis/SP aos 18 de outubro de 1.969, profissão motorista, residente e domiciliado na Rua Elié Vidal nº 949, município de Nova Alvorada do Sul/MS; filho de Florentino Victor da Silva e de dona Josefa Pereira da Silva.**

**Ela, nascida em Dourados/MS aos 20 de setembro de 1.967, profissão doméstica, residente e domiciliada na Rua Elié Vidal nº 949, município de Nova Alvorada do Sul/MS; filha de Elídio Freire de Ramos e de dona Vitorina Chaves.**

**A qual passou assinar "MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA".  
Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 1.525, I, III, IV e V do Código Civil.**

**O regime adotado é o da comunhão parcial de bens.**

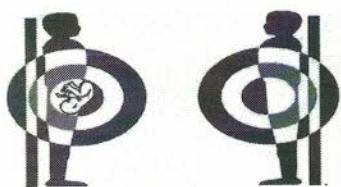
**Observações: Primeira via. Selo de Autenticidade nº ACV49057.**

**O referido é verdade e dou fé.**

**Nova Alvorada do Sul/MS, 06 de junho de 2.008.**

Francisco Wilson Lima Bezerra  
Oficial do Registro Civil





**CLÍNICA SANTA MARIA LTDA.**  
ULTRA-RAD - UNIDADE DE IMAGENOLOGIA

- Ultra-sonografia geral
- Dopplerfluxometria colorido
- Punção e Biopsia dirigida
- Densitometria Óssea
- Mamografia de alta resolução
- Radiologia geral

**Dados do Paciente**

**Paciente.....:** MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA  
**Data de Nascimento...:** 20/09/1967      **Sexo:** Feminino  
**Idade.....:** 55 anos 2 meses e 2 dias  
**Convênio.....:** AMORSAUDE  
**Solicitado por.....:** DR.CARLOS EDUARDO GIL SARZI

**Ocorrência:** 107925  
**Data:** 17/11/2022  
**R.G.:** 1009611sejusp-MS  
**Prontuário:** 71930

**LAUDO DE RAIO-X MÃO DIREITA E ESQUERDA - AP/OBLÍQUA**

Partes moles sem alterações.

Articulações falangeanas distais com interlinhas irregulares e com osteofitose marginais.

Irregularidades das interlinhas carpo 1º metacarpiano.

Osteopenia difusa.

  
Dr(a). MAURICIO ANTONIO KAMIYA  
CRM-MS: 4657 RQE: 2655



Matilde C. R. Silve

MEDICINA, DENTAL E EXAMES

[www.amorsaude.com.br](http://www.amorsaude.com.br)

Receituário Médico

ARTROSE

SÍNDROME DO TUNEL DO CARPO

NEUROPATHIA

DEPRESSÃO

ANSIEDADE

Dr. Carlos Eduardo Gil Sarzi  
CRM-MS 9029  
Médico



MATRIZ: Av. Marcelino Pires, 4285 - Jd. Coronário - Dourados/MS

FILIAL: Av. Marcelino Pires, 380 - Jd. Clímax - Dourados/MS

Telefones: (67) 3021-4600 / (67) 99251-0709 / (67) 99202-5628

	PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE CENTRAL DE REGULAÇÃO		MARCAÇÃO DE RETORNO	
Paciente:				D.N.:
Nome da Mãe:	<i>Natalide</i>			
Nº Prontuário:	CNS:			
Endereço: R:	Nº:			
Bairro:	Tel:	Cel:	USB:	
Retorno na Especialidade:	Na US:			
Patologia/CID 10:				
Motivo do Retorno:	<i>Ritardo no acerto do puer</i>			
Datas Prevista para Retorno	1º ____ / ____ / ____	2º ____ / ____ / ____	3º ____ / ____ / ____	/ /
Nº chave				
<i>Assinatura e Carimbo do Médico</i>				
<i>Dra Fernanda Apa Borges Ginecologista Obstetria CRM/MS 6393 - RQE/MS 4417</i>				
Data ____ / ____ / ____				

### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
CARLOS SARZI	
Nome:	
CRM:	9029
UF:	MS
Endereço:	PAM DOURADOS
Cidade:	DOURADOS
UF:	MS
Fone:	(67) 3021-4600

1º Via - Farmácia  
2º Via - Paciente

Dr. Carlos Eduardo Gil Sarzi  
CRM-MS 9029  
Médico

Paciente: MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA

Endereço:

Prescrição: CARBAMAZPEINA 200MG- TOMAR 1CP 8/8H CONTINUO

ZOLPIDEM 10MG- TOMAR 1CP NOITE AO DEITAR CASO INSONIA

CICLOBENZAPRINA 10MG -TOMAR 1CP NOITE AO DEITAR CONTINUO

PREDNISONA 5MG-TOMAR 1CP 1X DIA POR 30 DIAS

IBUPROFENO 600MG- TOMAR 1CP 1X DIA POR 20 DIAS

HIDROXICLOROQUINA 400MG- TOMAR 1CP EM DIAS ALTERANDOS CONTINUO

GESICO DUO-TOMAR 1CP DE 6/6H CASO DOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Carimbo / Assinatura

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_

Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

**Informações do Paciente**

ID	820N	Data de Nascimento	20/09/1967
Nome	MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA	Interno/Externo	Out
Sexo	Female	Médico Solicitante	DR CARLOS GIL
Idade	55	Departamento	Orthopedics
Data do Exame	18/11/2022		

**LAUDO ELETRONEUROMIOGRAFIA****ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES**

**Estudo de Condução Sensitiva:** O potencial de ação sensitivo obtido no nervo mediano direito e esquerdo apresentaram amplitudes, latências e velocidade de condução preservadas.

O potencial de ação obtido no nervo ulnar direito e esquerdo apresentou amplitudes, latências e velocidades de condução preservadas.

**Estudo de Condução Motora:** O potencial de ação muscular composto no nervo mediano direito e esquerdo apresentou amplitude, morfologia, latência e velocidade de condução preservados.

O potencial de ação muscular composto no nervo ulnar direito e esquerdo apresentou amplitude, morfologia, latência e velocidade de condução preservados.

**Estudo Onda F:** As latências obtidas nos nervos estudados encontram-se preservadas.

**Eletromiografia:** O estudo com realizado com eletrodo de agulha monopolar evidenciou silêncio elétrico (ausência de desnervação - fibrilações, fasciculações, onda aguda positiva) durante o repouso muscular. Durante as provas de contração muscular voluntária observou-se frequência de disparo, padrão de recrutamento e morfologia dos potenciais de ação de unidade motora dentro da normalidade nos músculos proximais e distais dos membros superiores.

**CONCLUSÃO:**

Os achados eletroneurográficos caracterizados por preservação dos potenciais motores e sensitivos e eletromiográficas demonstram, neste momento, exame compatível com a normalidade.

**COMENTÁRIOS:**

O exame avalia fibras grossas mielinizadas, não excluindo comprometimento de fibras finas e amielínicas, assim como causas ortopédicas e/ou reumatológicas tais como: bursite, tendinite, epicondilite, artrite e artrose, entre outras.

Caso necessário repetir exame após 3 meses.

Assinatura:

Dra. Soraya de Freitas Hajj  
Neurologista  
CRM/MS 9145 - RQE 5507

**Estudo da Condução Nervosa Motora**

Itio	Lat.	Dur.	Amp.	Área	Segmento	Distância	Intervalo	VCN	VCC	D.N.	Temp.
Peroneal	Left										
Ankle	3.8ms	6.0ms	5.2mV	15.4mVm	*Ankle		3.8ms			-	
Head of fibul	10.1ms	6.8ms	4.6mV	14.5mVm	Ankle-Head of fibula	390mm	6.3ms	61.9m/s		-	
					Head of fibula-Poplit					-	

**Peroneal Right**

Ankle	3.2ms	5.7ms	3.7mV	10.3mVm	*Ankle		3.2ms			-	
Head of fibul	10.7ms	7.8ms	3.3mV	10.4mVm	Ankle-Head of fibula	370mm	7.6ms	49.0m/s		-	
					Head of fibula-Poplit					-	

Tibial Left											
Ankle	2.3ms	7.0ms	10.0mV	25.5mVm	*Ankle			2.3ms			
Popliteal	7.0ms	10.5ms	7.4mV	21.4mVm	Ankle-Popliteal	400mm	4.8ms	84.2m/s			-
Tibial Right											
Ankle	3.0ms	5.7ms	7.6mV	17.8mVm	*Ankle			3.0ms			-
Popliteal	8.1ms	9.3ms	8.4mV	23.0mVm	Ankle-Popliteal	390mm	5.1ms	76.5m/s			-

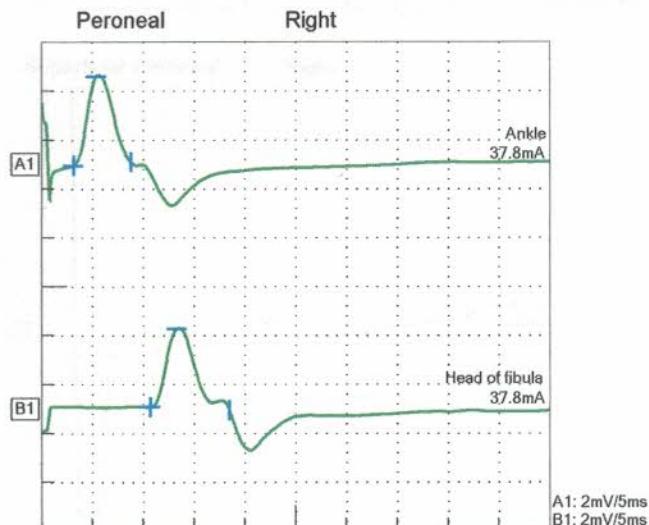
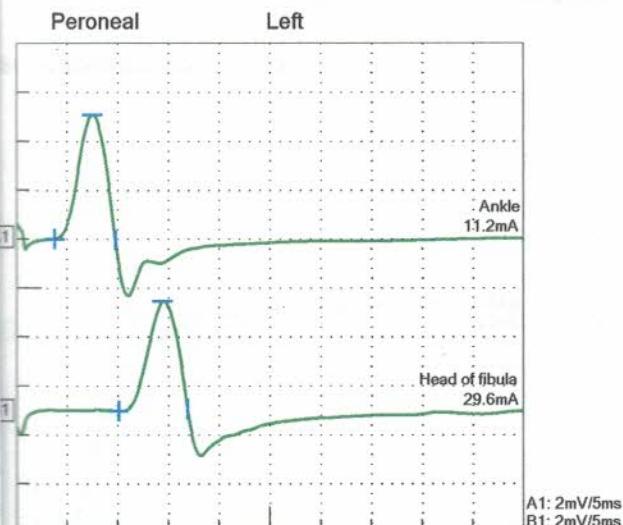
#### Estudo da Condução Nervosa Sensitiva

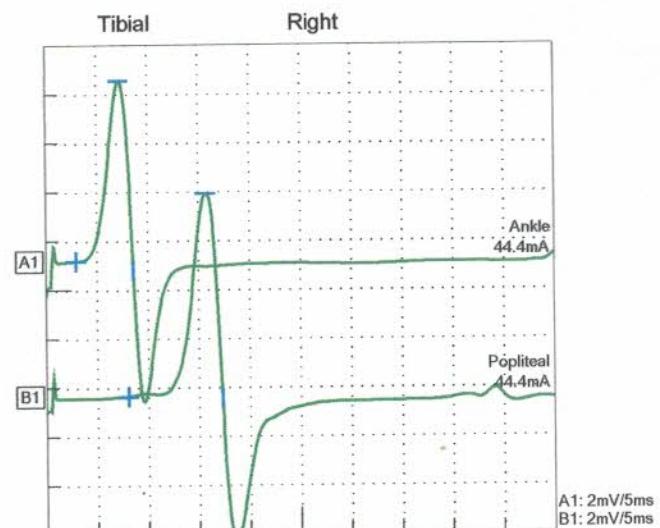
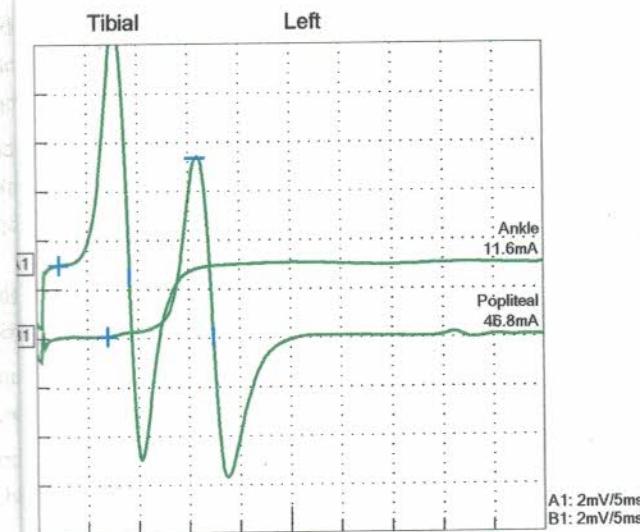
Sítio	Lat.1	Lat.2	Amp.	Área	Segmento	Distância	Intervalo	VCN	VCC	D.N.	Temp.
Sural Left											
Mid.Calf	1.7ms	2.3ms	29.9uV	0.8uVms	Mid.Calf	80mm	1.7ms	47.6m/s			-
Sural Right											
Mid.Calf	1.7ms	2.4ms	43.8uV	2.0uVms	Mid.Calf	80mm	1.7ms	48.5m/s			-
Superficial Per Left					Ankle						
Ankle					Ankle						
Superficial Per Right					Ankle						
Ankle					Ankle						

#### Relatório de Achados da EMG

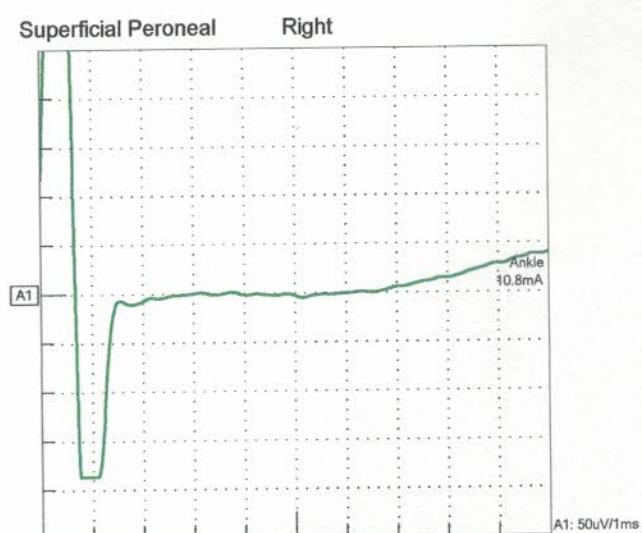
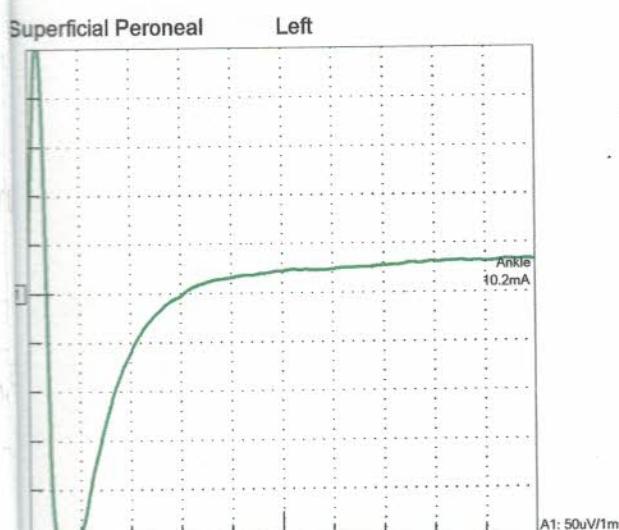
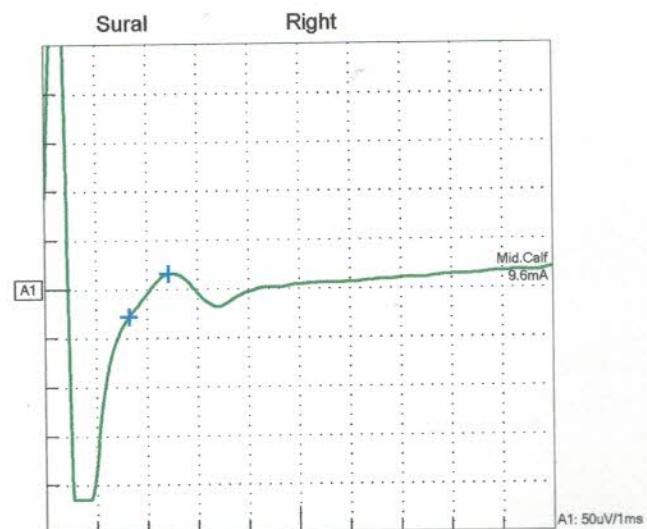
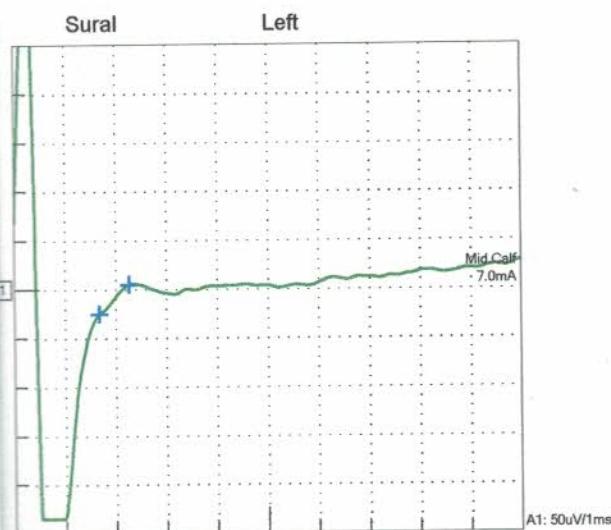
Músculo	Lado	Ins. Act.	Fibs.	Pos. Wave	Fasc.	MYO. Disch.	Normal MUP	Poly	Low Amp.	High Amp.	Dur.	Recruit	Int. Patt.
Rectus Femoris	Both	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Vastus Lateralis	Both	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Vastus Medialis	Both	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Tibialis Anterior	Both	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Gastroc. Lateral H	Both	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full
Gastroc. Medial H	Both	Normal	0	0	0	0	0	N	0	0	Normal	Full	Full

#### Estudo de Condução Nervosa Motora





Estudo de Condução Nervosa Sensitiva



### RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	CARLOS SARZI
CRM:	9029 UF: MS
Endereço: PAM DOURADOS	
Cidade:	DOURADOS UF: MS
Fone:	(67) 3021-4600

1º Via - Farmácia  
2º Via - Paciente

Dr. Carlos Eduardo Gil Sarzi  
CRM-MS 9029  
Médico

MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA

Paciente: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Prescrição: CARBAMAZPEINA 200MG- TOMAR 1CP 8/8H CONTINUO  
ZOLPIDEM 10MG- TOMAR 1CP NOITE AO DEITAR CASO INSONIA  
CICLOBENZAPRINA 10MG -TOMAR 1CP NOITE AO DEITAR CONTINUO  
PREDNISONA 5MG-TOMAR 1CP 1X DIA POR 30 DIAS  
IBUPROFENO 600MG- TOMAR 1CP 1X DIA POR 20 DIAS  
HIDROXICLOROQUINA 400MG- TOMAR 1CP EM DIAS ALTERANDOS CONTINUO  
GESICO DUO-TOMAR 1CP DE 6/6H CASO DOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident.: \_\_\_\_\_ Órg. Emissor: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Fone: \_\_\_\_\_

Carimbo / Assinatura

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico



ATENÇÃO PRIMÁRIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
MUNICÍPIO DE DOURADOS  
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde Parque das Nacoes II

## RECEITUÁRIO

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

### EMITENTE

Everton Basilio Pacco Mendes (CRM - MS 7297)  
Jose Valerio dos Santos, 001 - Parque das Ncoes II - S N - Dourados/MS  
67 3424 3224

### CIDADÃO

MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA - 706404176384387  
Professora Maria Aparecida Gonzaga Cerqueira, 375 - Parque das Nacoes II - Dourados/MS

### MEDICAMENTOS

1. Captopril 25 mg

60 comprimidos  
Comprimido

1 (dose), a cada 12 horas | Oral  
Período indeterminado

2. Hidroclorotiazida 25 mg

30 comprimidos  
Comprimido

1 (dose) | Oral  
Período indeterminado

3. Metformina, Cloridrato 850 mg - uso contínuo

60 comprimidos  
Comprimido

1 (dose), a cada 12 horas | Oral  
Período indeterminado  
Recomendações: apos cafe da manhã e apos jantar

Everton Basilio Pacco Mendes - CRM - MS 7297  
Médico da estratégia de saúde da família  
Dourados - MS, 27 de fevereiro de 2023



## RECEITUÁRIO

Nome: Motilene Ribeiro Silveira

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

Endereço: \_\_\_\_\_

① Bucogom composto ————— 1cx  
1 compr de 8/84g por 5 dias.

② Prednisolona 40mg ————— 1cx  
1 compr dia por 7 dias.

Dr. Guilherme Rudek  
Médico  
CRM-MS 12950

ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
(CARIMBÔ CONTENDO NOME COMPLETO E RÉGISTRO NO CONSELHO)

UNIDADE HOSPITALAR: Rua Toshinobu Katayama, 946 - Centro - CEP 79806-030 - Dourados-MS  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO: Rua Frei Antonio, 3675 - Terra Roxa - CEP 79840-610 - Dourados-MS  
E-mail: administracao.fnsaud@dourados.ms.gov.br



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
MUNICÍPIO DE DOURADOS  
UNIDADE DE SAÚDE Unidade Básica de Saúde Parque das Nacoes II

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

Este receituário não substitui a notificação azul

### EMITENTE

Everton Basilio Pacco Mendes (CRM - MS 7297)  
Jose Valerio dos Santos, 001 - Parque das Ncoes II - S N - Dourados/MS  
67 3424 3224

### CIDADÃO

MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA - 706404176384387  
Professora Maria Aparecida Gonzaga Cerqueira, 375 - Parque das Nacoes II - Dourados/MS

### MEDICAMENTOS

#### 1. Zolpidem, Hemitartrato 10 mg

60 comprimidos  
Comprimido

Tomar 1 comprimido ao deitar (dose), pela noite | Oral  
Durante 60 dias

Dr. Everton B. P. Mendes  
Médico  
CRM-MS 7297

Everton Basilio Pacco Mendes - CRM - MS 7297  
Médico da estratégia de saúde da família  
Dourados - MS, 5 de setembro de 2022

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		
Nome:		
Ident.:	Órg. emissor:	
End.:		
Cidade:	UF:	Telefone:
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR		
Assinatura do farmacêutico		Data de fornecimento



LUÍS HENRIQUE  
MIRANDA  
ADVOGADOS

Promoção da justiça e da cidadania

## 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: Natilde Chaves de Ramos da Silva

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

Data do primeiro atendimento: <u>08/11/2019</u>	Data da última consulta: <u>03/11/2022</u>
Data(s) de internação (ões) (se houver): <u>  /  /  </u>	Data(s) de cirurgia(s) (se houver): <u>  /  /  </u>

Diagnóstico(s) com CID

Osteoartrite primaria generalizada (CID10: M15.0)  
Sindrome do túnel do carpo (CID10: G56)  
Dor crônica (CID10: R52.2)

Evolução da doença:

Paciente com sintomas de dor crônica sendo articula com nodulos de Heberden, parestesia com sindrome de Túnel e Palmar positivo, dor crônica com parestesia e LANNS 13.

Complicações (se houver):

Perda da qualidade de vida e diminuição da capacidade funcional motora e sensorial

Exames complementares realizados:

Eletroneuromiografia e radiografia



67 3427-0939



67 9 9960-9420



luishenrique\_adv@yahoo.com.br



LUÍS HENRIQUE  
MIRANDA  
ADVOGADOS

Plano terapêutico ou propedêutico:

Prescrito medicamentos tais como carbamazepina, zolpidem, clobenzepina, propantheline, ibuprofeno, hidroxicloroquina, paracetamol com tramadol.

Período de afastamento:

Ocorre crise com perspectiva de cura com piora gradual e definitiva de quadro alérgico, no momento ainda de incapacidade laboral definitiva por tempo indeterminado.

Outras considerações:

Nome: Carlos Eduardo Gil Sarz CRM/UF: 9029 MS  
Local / Data: Dourado 03 de novembro 2022 Assinatura e carimbo  
Dr. Carlos Eduardo Gil Sarz CRM-MS 9029  
Médico

Comissões (se houver)

Não é possível definir se o paciente é capaz de exercer funções entre 1 e 20%.

Exames complementares realizados

Electromiografia e evolutiva



67 3427-0939



67 9 9960-9420



luishenrique\_adv@yahoo.com.br

## PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA - ET EXTRA"

**MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA**, Brasileira, Casado(a), cozinheira, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 1009611 inscrito no CPF n.º 918.749.711-53, residente e domiciliado à Rua Maria Aparecida Gonzaga Cerqueira, nº 375 – Parque das Nações II – Dourados – MS CEP 79.842-020, 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 13 de Março de 2023

*matilde e de R da silva*  
**MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA**

**Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão****CPF:** 918.749.711-53**Requerente:** MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA**Data de Entrada do Requerimento:** 13/03/2023 16:48**Serviço:** Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência**Há alguém do grupo familiar que requerente queira incluir ou excluir? Não****Data da última atualização no CadÚnico:** 10/11/2022

CPF	Nome do Familiar	Grau de Parentesco	Estado Civil
918.749.711-53	MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA	Requerente	Casado
404.914.551-00	JOSAFA VICTOR DA SILVA	Cônjugue	Casado

**Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão****CPF:** 918.749.711-53**Requerente:** MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA**Data de Entrada do Requerimento:** 13/03/2023 16:48**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 (299755912)

Enviado em 13/03/2023 16:50

188177591 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1177952145 - data e hora da solicitação: 13/03/2023 16:50 - data e hora agendada: 14/04/2023 08:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (299756684)

Enviado em 13/03/2023 16:52

188177591 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 306106618 - data e hora da solicitação: 13/03/2023 16:52 - data e hora agendada: 20/03/2023 15:40 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (299757026)

Enviado em 13/03/2023 16:52

188177591 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA (CPF 918.749.711-53) adicionou LUIS HENRIQUE MIRANDA (CPF 049.580.059-78) como procurador(a) do processo pelo canal Central de Serviços - Internet.



## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Luis Henrique M. Quiroga, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob nº 049.580.059-78, 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.*

#### Beneficiários:

Nome: <u>Matilde Bahia de Rameis da Silva</u>	CPF: <u>918.449.411-53</u>
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____

#### Qualidade da representação:

- |   |  |
|---|--|
| <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: Dourados - MS, 13/03/2023

Assinatura: Luis Henrique M. Quiroga

Despacho (303315291)

Enviado em 29/03/2023 11:52

188177591 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1243293974 - data e hora da solicitação: 29/03/2023 11:52 - data e hora agendada: 08/05/2023 10:00 - 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:	MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA
CPF:	918.749.711-53
Protocolo do Requerimento:	188177591
Espécie do Benefício:	87
Nome da Espécie:	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Número do Benefício:	713.170.796-2
Número de Inscrição do Trabalhador:	129.18304.38-9
Data de Entrada do Requerimento:	13/03/2023
Número do Requerimento:	55999876
Data do Início do Benefício:	13/03/2023
Data do Início do Pagamento:	13/03/2023

### 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?	A) Não. Eu sou o titular
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	7131707962
NR	55999876
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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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
Data de criação da tarefa	13/03/2023

### 3. HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DE DIREITO

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

#### ◦ 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.

#### ◦ 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 20/03/2023, 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](http://gov.br/meuinss)) quanto pelo celular, no aplicativo "Meu INSS".

Brasília/DF, 25 de Maio de 2023.

Despacho (315660969)

Enviado em 25/05/2023 02:41

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

1526186556 - Acertos para análise (Subtarefa)

---

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento

Despacho (315660971)

Enviado em 25/05/2023 02:41

188177591 - 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 13/03/2023, nº 713.170.796-2, 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 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](http://meu.inss.gov.br)) ou pela Central 135.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Avaliação Conjunta

Benefício: 713.170.796-2

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

**TITULAR**

Nome:	MATILDE CHAVES DE RAMOS DA SILVA		
NIT:	1.291.830.438-9	CPF:	918.749.711-53
Data de nascimento:	20/09/1967	RG:	1009611
Sexo:	FEMININO	Estado Civil:	
Escolaridade:	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO		
Local Moradia:	Vive em residência	Telefone:	67 996933051
Endereço:	R PROFESSORA MARIA APARECIDA GONZAGA, 375 - 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	20/03/2023						
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem					
Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS							
SIAPE do Perito	CRM	CADMED					
1569910	0	601543					
Indicador de Impedimento de Longo Prazo	Indicador de Agravamento 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	1	1	0	1	0
Qualificadores Finais							
Fatores Ambientais	Atividades e Participações	Funções do Corpo					
		LEVE					
Decisão							