

PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA - ET EXTRA"

SANDRA DA SILVA MONTECELLI, brasileira, Solteiro(a), empregada doméstica, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 425865 inscrito no CPF n.º 016.366.891-40, residente e domiciliado à Rua Ivo Alves Rocha, nº 900 – Dourados – MS CEP 79.823-501, 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-judicia – 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 19 de Abril de 2021

Sandra da Silva montecelli
SANDRA DA SILVA MONTECELLI

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

SANDRA DA SILVA MONTECELLI, brasileira, Solteiro(a), empregada doméstica, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 425865 SSP/MS, inscrito no CPF n.º 016.366.891-40, residente e domiciliado na Rua Ivo Alves Rocha, n.º 900 – Dourados – MS, CEP 79.823-501; DECLARO, sob penas de lei e para que se produza os efeitos legais, especialmente para obter os benefícios de Assistência Judiciária Gratuita, que não dispõe de rendimentos suficientes que lhe permite pagar os emolumentos ou custas processuais, sem que esses valores afetem o sustento familiar. Sendo desta forma, considerado pobre, na acepção legal da palavra.

Sandra da Silva montecelli-
Dourados - MS, aos 19 de Abril de 2021

SANDRA DA SILVA MONTECELLI

DECLARAÇÃO PARA AJUIZAMENTO NO JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

Eu, SANDRA DA SILVA MONTECELLI, brasileira, Solteiro(a), empregada doméstica, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 425865 inscrito no CPF n.º 016.366.891-40, residente e domiciliado à Rua Ivo Alves Rocha, n.º 900 – Dourados – MS, CEP 79.823-501; DECLARO, para os devidos fins de direito que renuncio livremente aos valores excedentes a sessenta salários mínimos, aí incluídas todas as prestações vencidas mais as doze vincendas - artigo 292, §1º e 2º do CPC, na data do ajuizamento da ação proposta perante esse d. juízo.

Dourados - MS, aos 19 de Abril de 2021

Sandra da Silva montecelli-
SANDRA DA SILVA MONTECELLI

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS DE
HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Eu, **SANDRA DA SILVA MONTECELLI**, brasileira, Solteiro(a), empregada doméstica, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 425865 inscrito no CPF n.º 016.366.891-40, residente e domiciliado à Rua Ivo Alves Rocha, n.º 900 – Dourados – MS, CEP 79.823-501; DECLARO, que estou ciente e autorizo a dedução do percentual de 30% (trinta por cento) dos valores que venha a receber ou vierem a ser depositados em meu favor em decorrência da ação de concessão de aposentadoria, inclusive em caso de acordo judicial, extrajudicial ou outra forma de composição ou de reconhecimento da pretensão pelos órgãos estatais, a título de honorários advocatícios devidos equitativamente ao 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 n.º 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 14809 com escritório profissional situado à Rua João Damaceno Pires, n.º 1140, Jardim Água Boa na cidade e Comarca de Dourados, MS, fone (67) 3427-0939, endereço eletrônico luishenrique_adv@yahoo.com.br

Dourados - MS, aos 19 de Abril de 2021

Sandra da Silva montecelli
SANDRA DA SILVA MONTECELLI

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E HONORÁRIOS

ADVOCATÍCIOS

Que entre si fazem **SANDRA DA SILVA MONTECELLI**, brasileira, Solteiro(a), empregada domestica, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 425865 inscrito no CPF n.º 016.366.891-40, residente e domiciliado à Rua Ivo Alves Rocha, n.º 900 – Dourados – MS, CEP 79.823-501, doravante denominado(a) CONTRATANTE e de outro lado, **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, n.º 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 14809 com escritório profissional situado à Rua João Damaceno Pires, n.º 1140, Jardim Água Boa na cidade e Comarca de Dourados, MS, fone (67) 3427-0939 e endereço eletrônico luishenrique_adv@yahoo.com.br, tendo entre si justo e contratado o seguinte:

OBJETO DO CONTRATO

CLÁUSULA PRIMEIRA: O Contratante contratou os serviços profissionais dos Contratados para acompanharem o processo judicial em ação de divórcio, até o trâmite final do processo.

DEVERES DO CONTRATADO

CLÁUSULA SEGUNDA: O Contratado se compromete a:

- a) Aplicar todo seu conhecimento jurídico e empenho a fim de obter o melhor resultado possível, em consonância com os objetivos da cláusula primeira;
- b) Não postergar injustificadamente o andamento processual.

DEVERES DO CONTRATANTE

CLÁUSULA TERCEIRA: O Contratante, visando o melhor resultado possível do processo previdenciário, se compromete a:

Sandra

- a) Fornecer todas as informações necessárias ao deslinde processual;
- b) Manter seus dados atualizados perante o Contratado, tendo a obrigação de informar imediatamente, pelo e-mail contato@mirandaolsen.adv.br, toda e qualquer alteração de endereço, telefone ou e-mail;
- c) Caso necessite de prova testemunhal, indicar 3 testemunhas até 30 dias antes da audiência, justificação judicial ou justificação administrativa;
- d) Comparecer em todas as audiências, justificações judiciais ou justificações administrativas;
- e) Notificar o Contratado de qualquer alteração contributiva, como: desligamento do emprego, novo emprego, modificação nas contribuições como contribuinte individual, recebimento de qualquer benefício previdenciário, etc.;
- f) Entregar ao Contratado todos os documentos necessários (expressamente solicitados pelo Contratado) para o protocolo administrativo no INSS até 30 dias antes da data de atendimento agendada no INSS.

HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CLÁUSULA QUARTA: Em remuneração aos serviços prestados pelo Contratado, fica o Contratante obrigado, de forma irrevogável e irretratável, ao pagamento de honorários advocatícios em favor do contratado, por meio de depósito, valor em espécie ou boleto bancário, da seguinte forma:

- a) Os três salários de benefícios, após a implantação do benefício, com vencimento na data do recebimento de cada benefício;
- b) Honorários de 30% (trinta por cento) sobre o proveito econômico do processo, com vencimento na data do recebimento da RPV ou Precatório.

§ 1º: O proveito econômico, sobre o qual incide os honorários advocatícios, é o valor bruto composto por todas as parcelas vencidas e parcelas vincendas, juros e atualização monetária calculadas até a data do transito em julgado, sem dedução de benefícios previdenciários já recebidos, sejam decorrentes do presente processo ou outros processos administrativos ou judiciais. Desta forma, proveito econômico não se confunde com o valor líquido recebido por meio de RPV ou Precatório.

§ 2º: Caso a decisão judicial ou administrativa oportunize ao Contratante escolher entre a averbação do tempo de contribuição ou a concessão do benefício previdenciário, e este escolha a averbação do tempo de contribuição, serão devidos ao Contratado os honorários advocatícios, segundo alínea "a" e "b" desta cláusula. Para tanto, será considerado proveito econômico o valor das parcelas vencidas e vincendas até o trânsito em julgado como se o Contratante tivesse optado pela implantação do benefício, com vencimento na data da opção do Contratante.

§ 3º: Caso a decisão judicial conceda apenas a averbação do tempo de contribuição, sem a concessão de benefício previdenciário, os honorários contratuais serão fixados no valor

Sandra

de R\$ 300,00 (trezentos reais) por mês averbado a mais da decisão administrativa, com vencimento no transito em julgado do processo de conhecimento. Este valor será atualizado monetariamente pelo INPC com termo inicial da atualização a data da assinatura deste contrato.

- § 4º: Os honorários incluídos na condenação por arbitramento ou sucumbência pertencem ao CONTRATADO, sem qualquer redução dos honorários contratuais.
- § 5º: Fica estipulado entre as partes que, se caso a contratada optar em separar a parte do valor devido a título de honorários cobrados do contratante, na referida ação, juntará o contrato de prestação de serviço no processo para que se cumpra sua finalidade do contrato.

MULTA

CLÁUSULA QUINTA: O descumprimento dos deveres do Contratado ou do Contratante, estabelecidos na cláusula segunda e terceira, implicará na multa contratual de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), com vencimento no transito em julgado do processo judicial.

CLÁUSULA SEXTA: O não pagamento dos honorários nas datas aprazadas importará em multa contratual de 10% (dez por cento) sobre os valores devidos, atualização monetária pelo INPC e juros moratórios de 1% ao mês.

RESCISÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA SÉTIMA: Em caso de desistência da ação, expressa ou tácita, será devido ao contratado:

- § Único: A ausência do Contratante em audiências será considerada desistência do processo.

CLAÚSULA OITAVA: A parte que descumprir qualquer das cláusulas deste contrato dará à outra o direito de rescindir o presente instrumento, cientificando-a com aviso prévio de 15 (quinze) dias, ficando desobrigada a parte inocente a dar continuidade a este contrato.

RESILIÇÃO CONTRATUAL

CLÁUSULA NONA: A resilição deve ser comunicada expressamente com aviso prévio de 15 (quinze) dias. Na resilição unilateral do Contratante, serão devidos os honorários, na mesma data da revogação ou do substabelecimento, proporcionalmente ao trabalho já desenvolvido no processo. Na resilição unilateral do Contratado será devido o valor de 5% (cinco por cento) do valor da causa do processo judicial ao Contratante.

FORO

CLÁUSULA DÉCIMA: Estipulam o Foro da comarca de Dourados - MS, para dirimir litígios decorrentes do presente contrato.

E, por estarem assim contratados assinam o presente contrato em duas vias de igual teor.

Sandra

Dourados - MS, aos 19 de Abril de 2021

LUIS HENRIQUE
MIRANDA
OAB/MS 14809

Sandra da Síla montealv
CONTRATANTE

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA



BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Número do Benefício: 7025925420

Espécie: 87 - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

APS de concessão: 06021150 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

APS de manutenção: 06021150 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Informações do Requerimento

Tipo de solicitante: Titular

Nome do solicitante: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Ambiente da solicitação: Intranet APS

Data de entrada: 26/09/2016

Tipo de Requerimento: Normal

Dados do(s) agendamento(s)

Avaliação Social B/87

Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Data e hora: 18/11/2016 10:00

Local de atendimento: AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO 665 - CENTRO - CAARAPÓ/MS

Telefone

Telefone principal: 67 21081298

Telefone alternativo:

OBS: FAVOR COMPARECER QUINZE (15) MINUTOS ANTES DO HORÁRIO AGENDADO.

Jesland Pena Lima
Assistente Social
Matr. 2019194

Servidor: Jesland Pena Lima - 2119194

Termo de Responsabilidade

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente das informações prestadas para obtenção do Benefício de Prestação Continuada-BPC previsto na Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS, e que deverei comunicar de imediato fatos ou ocorrências que determinem a perda de direito ao benefício requerido.

- ÓBITO DE UM DOS COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR.

Declaro ainda, que concordo e assumo o compromisso deste termo, com as condições nele expressas: "Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos Artigos 171 e 299, ambos do Código Penal".

CÓDIGO PENAL

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

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele 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 o fato juridicamente relevante.

Ciente em 08/11/2016

x Sandra da Silva montecelli



Impressão Digital

sandra da silva montecelli
SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Observações

Quando do comparecimento na Agência da Previdência Social, para realização da Avaliação Social e/ou da Avaliação Médico Pericial:

- 1 - É obrigatório apresentar um documento de identificação (RG/CTPS/CNH/Passaporte ou certidão de nascimento para menores de 16 anos) do titular a ser avaliado.
- 2 - Apresentar uma via deste requerimento.
- 3 - Caso esteja fazendo tratamento e possua exames ou relatórios médicos, apresentá-los ao médico-perito.
- 4 - O não comparecimento para realização da Avaliação Social e/ou Avaliação Médico Pericial, poderá resultar no indeferimento deste requerimento.

Comprovante de Agendamento

Atendimento Presencial

Data e Hora Agendada:	17/11/2016 (quinta-feira) às 08:30
Serviço Agendado:	BENEFÍCIO ASSISTENCIAL A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Agência:	CAARAPO
Endereço:	RUA 15 DE NOVEMBRO 665 - CENTRO
Cidade/Estado:	CAARAPO - MS
CEP:	79.940-000

Protocolo do Requerimento

Número do protocolo:	1256398206
Data de Entrada do Requerimento:	26/09/2016 às 17:03
Canal do Agendamento:	Internet

Observação: A análise do requerimento será confirmada após o comparecimento do requerente ou seu representante na data e hora agendada.

Dados do Requerente

Nome Completo:	SANDRA DA SILVA MONTECELLI
	016.366.891-40
Nascimento:	06/11/1960
Email:	
Telefone fixo:	
Celular:	(67) 8419.6335
NIT do Titular:	1.194.480.665-7



Informações Adicionais

- Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.
- O atendimento só será realizado para o titular do CPF ou seu representante devidamente documentado.
- Caso não possa comparecer, ligue 135 para cancelar ou remarcar seu atendimento até o dia anterior à data agendada. A não remarcação ou cancelamento neste prazo implicará na impossibilidade de novo agendamento por 30 (trinta) dias.

Documentos e formulários necessários

Para ser atendido nas agências do INSS você deve apresentar um documento de identificação válido e oficial com foto, o número do CPF, além da documentação dos componentes do seu grupo familiar, o requerimento (Anexo IV) do benefício de prestação continuada e a declaração da composição do grupo e renda familiar (Anexo III).

A relação de documentos, formulários e outras informações podem ser encontradas no site www.previdencia.gov.br ou ligue 135.



ANEXO IV
PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS N° 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014



REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC
(Lei nº 8.742/93)

REQUERENTE:	<u>SANDRA DA SILVA MONTECELLI</u>			
SEXO:	<input type="checkbox"/> Masc.	<input checked="" type="checkbox"/> Fem.	<input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência	<input type="checkbox"/> Pessoa Idosa
APELIDO:	<u>-</u>			CPF: <u>016.066.891-40</u>
NOME DA MÃE:	<u>CLARISSA DA SILVA COIMBRA</u>			
ENDEREÇO:	<u>BR 163, KM 81</u>	BAIRRO:		
COMPLEMENTO:	<u></u>	CEP: <u>79955-000</u>	MUNICÍPIO: <u>SUTI</u>	UF: <u>MS</u>
DDD () TELEFONE:				
LOCAL DO DOMICÍLIO:	<input type="checkbox"/> ZONA RURAL <input type="checkbox"/> ZONA URBANA			
PONTO DE REFERÊNCIA:				

COR/RAÇA:	TIPO DE DOMICÍLIO:	MORADOR DE COMUNIDADE:
<input type="checkbox"/> PRETA <input checked="" type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input checked="" type="checkbox"/> ALUGADO <input type="checkbox"/> SEM DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> CASA LAR/República <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO DE RUA	<input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> RIBEIRINHA <input type="checkbox"/> OUTRAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS
ESTADO CIVIL:	ESCOLARIDADE:	
<input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO DE FATO <input type="checkbox"/> VIÚVO	<input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> OUTROS ESPECIFIQUE: _____	<input checked="" type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
POSSUI OU JÁ POSSUIU VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Local:

Ita - MS

Data: 04/10/2016

x Sandra da Silva Montecelli

ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO DE REPRESENTANTE:	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Curador(a)	<input type="checkbox"/> Tutor(a)	<input type="checkbox"/> Procurador(a)
<input type="checkbox"/> Diretor(a) de Instituição	<input type="checkbox"/> Administrador(a) Provisório(a)		<input type="checkbox"/> Termo de Guarda		
NOME: _____					
SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	DATA DE NASCIMENTO: _____ / _____ / _____		CPF: _____		
ENDERECO: _____					
BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____					
MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____					
USO DO INSS					
DATA: <u>03/11/16</u>	RUBRICA E MATRÍCULA: <u>Jeslândia Peña Lima</u> Técnico de Serviço Social				

Jeslândia Peña Lima
Técnico de Serviço Social



ANEXO III

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS N° 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

DECLARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

SITUAÇÃO FAMILIAR DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

NOME: SANDRA DA SILVA MONTECCHI

- Vive sozinho
 Vive sob o mesmo teto com pessoas da família definidas no §1º art. 20 Lei 8.742/1993, para acesso ao BPC (cônjuge, companheiro(a), os pais, madrasta/padasto, filhos(as) e enteados(as) solteiros(as), irmãos(as) solteiros(as), menores tutelados) - Somente estes devem ser elencados na presente declaração.
 Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar definidos no §1º art. 20 Lei 8.742/1993.
 Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou sob responsabilidade de terceiros (Nome da Entidade): _____
 Vive em situação de rua

COMPOSIÇÃO GRUPO E RENDA FAMILIAR INCLUSIVE O REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

Nome (requerente/beneficiário): SANDRA DA SILVA MONTECCHI

Sexo: MASC. FEM Data de nascimento: 06/11/1960 CPF: 016.366.891-40

Nome da Mãe: CLARINDA DA SILVA COIMBRA

Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: 1-02 Nº da Folha: 171

Nº do Termo: 2034 Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: JUTI

UF: MS RG: 425.865 Órgão Emissor: SSP UF: MS CTPS: _____ Série: _____ UF: _____

Situação Ocupacional: CTPS Assinada Contribuinte Individual/Autônomo Microempreendedor Individual – MEI

Aprendiz Mercado de Trabalho Informal Não participa do Mercado de Trabalho Aposentado/Pensionista/BPC

Rendimento mensal: R\$ 00,00 Documento de Comprovação de Renda: SIM NÃO

Nome (integrante grupo familiar): CLARINDA DA SILVA COIMBRA

Sexo: MASC. FEM Data de nascimento: 1/1/1960 CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjugue/Companheiro(a) Filho(a) ou Enteado(a) Irmão(a) Solteiro(a)

Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____

UF: _____ RG: 223.502 Órgão Emissor: SSP UF: MS CTPS: _____ Série: _____ UF: _____

Situação Ocupacional: CTPS Assinada Contribuinte Individual/Autônomo Microempreendedor Individual – MEI

Aprendiz Mercado de Trabalho Informal Não participa do Mercado de Trabalho Aposentado/Pensionista/BPC

Rendimento mensal: R\$ 880,00 Documento de Comprovação de Renda: SIM NÃO

Nome (integrante grupo familiar): _____

Sexo: MASC. FEM Data de nascimento: 1/1/1960 CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Parentesco: Pai/Padrasto Mãe/Madrasta Cônjugue/Companheiro(a) Filho(a) ou Enteado(a) Irmão(a) Solteiro(a)

Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____

UF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CTPS: _____ Série: _____ UF: _____

Situação Ocupacional: CTPS Assinada Contribuinte Individual/Autônomo Microempreendedor Individual – MEI

Aprendiz Mercado de Trabalho Informal Não participa do Mercado de Trabalho Aposentado/Pensionista/BPC

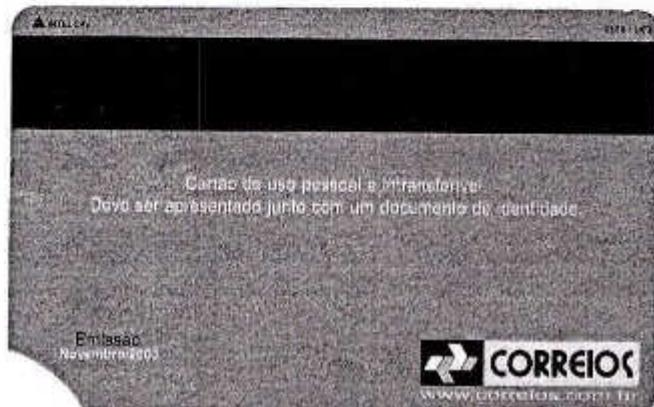
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: SIM NÃO



CONFERE COM O ORIGINAL

09/10/16

Jesland Pena Lima
Mat. 2119194







ANEXO VI
PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS N° 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

**DECLARAÇÃO DE QUE O TITULAR DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
APRESENTADO NÃO COMPÕE O GRUPO FAMILIAR DO REQUERENTE**

Dados do Requerente do Benefício de Prestação Continuada:

Nome: Sandra da Silva Montecilli

Nome da mãe: Clarinda da Silva

Documento Oficial de Identificação: 425.865 Órgão Emissor: SSP UF: MS
Nº CPF: 036.366.893-40

Dados do titular do comprovante de residência:

Nome: Marinalva Pereira Borges e Jocé Borges da Silva

Endereço: Rod: BR 163

Documento Oficial de Identificação: 160.424 Órgão Emissor: SSP UF: MS
Nº CPF: 511.539-169-4

Declaro, com vistas a comprovar domicílio e residência acima nominado e identificado, que o titular do comprovante de residência ora apresentado coabita comigo, mas não compõe o grupo familiar considerado para cálculo da renda *per capita* familiar, conforme dispõe a legislação em vigor.

Pela presente, declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: Juti - MS Data: 04/10/2016

Assinatura

Sandra da Silva Montecilli

MARTINELVA PEREIRA BORGES
RFD. BR 163, 163 - 77955000

CEMETRO, 2011, 10

07.009.92.193500

Classe: RESIDENCIAL SubClasse: RESIDENCIAL

Face: MONOPOLICO Ref. 09/2016

Endereço: 594348

Enviado: 19/09/2016

ENERGISA MATO GROSSO DO SUL - DISTR. DE ENERGIA S.F.

Av. Guru Marques, 6001

Caracol Grande/MS - CEP: 79072-901

CNPJ: 15 13.826/0001-50 Trsc Est 28.105.553-1

Nota Fiscal de Lidera Elétrica-Série 82 000.389.721

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 722 7272 Acessar: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora) 354007

09/2016

Canal de contato

- PARTICIPE DA AUDIENCIA PÚBLICA - CONSELHO DE CONSUMIDORES DA ENERGISA, DIA 27/09 - H - LOCAL: AUDITORIO DO SESC/ALH. BARROSO - AV. ALH. BARROSO N. 52 B. RANHAI - CG/MS.

Apresentação

19/09/2016

Data prevista da
próxima leitura

19/10/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Anterior	Atual	Constante Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura

Noturas em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo	90	0,499250	44,93
Fis			0,47
Outros			2,17
Total			47,57

Lancamentos e Serviços		
CONTR. CUSTEIO SERV. PÚBLICO		5,53
MULTA CONTA ANTERIOR Ref. 01/2016		0,94
JUROS CONTA ANTERIOR Ref. 01/2016		0,14
CORREÇÃO MONETÁRIA POR ATRIBUTO Ref. 08/2016		0,02
ERRO VIOL. METR. CONT		0,57

Histórico de Consumo
(kWh)

020/15	75
31/16	87
31/16	87
10/16	125
08/16	143
08/16	132
08/16	137
28/16	81
02/15	102
10/15	102
10/15	93
04/15	123
07/15	117

Base de Cálculo	III (manta)	Valor (R\$)
1CHG	57,31	17.00000
FIS	57,31	0,8280
DFP/INC	57,31	3.700,70

versão: 12 meses

VENCIMENTO
26/09/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 63,37

7787.0018.057F.9297. AEDO, C CF. 7BC2, 14FB
Emissor Autorizado por Regime Especial
cesso N.11/070266/2014

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão	Medição	Valor	%
010 MENSAL	4,52	(V)	Ativada	13,01	22,71
010 TRIMESTRAL	31,34	Nominal ou Contratada	Carros Setorizadas	9,15	15,91
010 ANUAL	22,69		atila	21,17	37,23
010 ANUAL	3,30	1,00	medidação	1,40	2,44
010 TRIMESTRAL	6,80		multos/Excedentes	12,88	21,61
010 ANUAL	13,28		trsc. Serviços	0,00	0,01
010	3,29	4,52	Total	57,31	100,00
DICR	3,29	4,52	100% Use Sist. R	22,71	

ATENÇÃO

PERÍODO: 08/16 - 09/16
Período Bando Tarif. - Válida: 19/08-19/09

Rev.04.031 1380-**-90 19-06-17 R



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 09/10/2016
Jesland Reina Lima
Mat. 2199194



Consultando Dados Cadastrais

Dados Cadastrais		
NIT 11944806657	Fonte do NIT PREVIDÊNCIA	
Administrador do NIT	Fonte Cadastramento CI_NOVO	
Ano da administração 2011	Data de Cadastramento 23/03/2011	Data de Atualização 15/03/2016

Dados Básicos		
Nome SANDRA DA SILVA MONTECELLI		
Nome da Mãe CLARINDA DA SILVA COIMBRA		
Nome do Pai MARIO MONTECELLI		
Sexo FEMININO	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Grau de Instrução FUNDAMENTAL INCOMPL.
Data Nascimento 06/11/1960	Data de Óbito	
Nacionalidade BRASILEIRA	País de Origem BRASIL	Data de chegada
Município de Nascimento JUTI	UF de Nascimento MS	

Documentos		
CPF 01636689140		
Identidade Número: 425865 Orgão Emissor: SSP UF: MS Data de Emissão:		
CTPS		
Título de Eleitor Número: 004845551929 Data de Emissão: 16/04/2012		
CNH		
Doc. Estrangeiro		
Carteira de Marítimo		
Passaporte		
Certidões Civis		

Contato		
Endereço principal	Tipo Logradouro: RODOVIA, Logradouro: BR 163, Número: SN, Complemento: OF TIMORAO, Bairro: CENTRO, JUTI - MS, CEP: 79955000	
Endereço Secundário		
Telefone 1 55- (67) 84196335	Telefone 2	Celular 55- (67) 84196335
Email		

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
16549659915	PIS	01636689140	SANDRA DA SILVA MONTECELLI

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

06/11/2016 09:03:56

Identificação do Filiado

Nit: 1.194.480.665-7
Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI
CPF: 016.306.891-40
Nome da Mãe: CLARINDA DA SILVA COIMBRA
Data de Nascimento: 06/11/1980

Relações Previdenciárias

Indice	NIT	CNPJ/CEI/CPF/NB	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Ult. Remun.	Tipo Vínculo	Indicadores
1	1.654.965.991-8	154.622.831-1	BENEFÍCIO				Benefício	
2	1.194.480.665-7		FACULTATIVO	01/03/2011	31/08/2011		Facultativo	
3	1.194.480.665-7		FACULTATIVO	01/07/2014	31/12/2014		Facultativo	

Jesland Pena Lima
Técnico do Seguro Social



O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3 do Decreto 3.048/99



Consultando Dados Cadastrais

Dados Cadastrais			
NIT 11349745752	Fonte do NIT PREVIDÊNCIA		
Administrador do NIT	Fonte Cadastramento CI_NOVO		
Ano da administração	Data de Cadastramento 02/07/1996	Data de Atualização 29/03/2016	
Dados Básicos			
Nome CLARINDA DA SILVA DIGLIO Nome da Mãe DONILDA COIMBRA DA SILVA Nome do Pai JOAQUIM FRANCISCO DA SILVA			
Sexo FEMININO	Estado Civil VIUVO(A)	Grau de Instrução	FUNDAMENTAL COMPLETO
Data Nascimento 07/01/1941	Data de Óbito		
Nacionalidade BRASILEIRA	País de Origem BRASIL	Data de chegada	
Município de CAMPO Nascimento GRANDE	UF de Nascimento MS		
Documentos			
CPF 31325769134 Identidade Número: 223502 Orgão Emissor: SSP UF: MT Data de Emissão: 21/12/1962 CTPS Número: 48629 Série: 7 UF: MT Data de Emissão: Título de Eleitor Número: 015411851805 Data de Emissão: CNH Doc. Estrangeiro Carteira de Marítimo Passaporte Certidões Civis Tipo: Certidão de Casamento, UF: , Município: , Cartório: , Folha: 29, Livro: B14, Termo: 4046, Data do Evento: Data do Registro:			
Contato			
Endereço principal	Tipo Logradouro: RODOVIA, Logradouro: 163, Número: SN, Complemento: , Bairro: ZONA RURAL, JUTI - MS, CEP: 79400000		
Endereço Secundário			
Telefone 1 55- (67) 99278176	Telefone 2	Celular 55- (67) 84196335	
Email			
Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
16418560990	PIS	31325769134	CLARINDA DA SILVA DIGLIO
16467506511	PIS	31325769134	CLARINDA DA SILVA DI GLIO

Jeslana Peña Lima
Tecnologia do Seguro Social
02/07/2016



PREVIDÊNCIA SOCIAL

Instituto Nacional do Seguro Social



**CADASTRO NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOCIAIS / PESSOA FÍSICA
COMPROVANTE DE ATUALIZAÇÃO**

Dados Básicos

NIT: 1134974575-2

Data de Cadastramento: 02/07/1996

Nome: CLARINDA DA SILVA DIGLIO

Data de Nascimento: 07/01/1941

Nome da mãe: DONILDA COIMBRA DA SILVA

CPF: 31325769134

Dados Complementares

Nome do pai: JOAQUIM FRANCISCO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Estado Civil: VIUVO(A)

Grau de Instrução: FUNDAMENTAL COMPLETO

Nacionalidade: BRASILEIRA

País de Origem: BRASIL

Data de chegada ao país:

UF de nascimento: MS

Município de nascimento: CAMPO GRANDE

Identidade: 223502 , Órgão expedidor: SSP , UF: MT, Data exp.: 21/12/1982

CTPS: 48629 , série: 7, UF: MT, Data exp.:

Título de eleitor: 015411851805, Data exp.:

CNH:

Documento de Estrangeiro:

Carteira de Marítimo:

Passaporte:

Tipos: Certidão de Casamento, UF: , Município: , Cartório: , Livro: B14, Folhas: 29, Termo:

Dados da Certidão: 4046, Data do evento: , Data do Registro:

Data de Óbito:

Endereço principal

RODOVIA BR 163, SN - OF TIMORAO - CENTRO - JUTI - MS - 79400000

Dados de Contato

Telefone para contato 1: 55 (67) (99278176)

Telefone para contato 2:

Celular: 55 67 84196335

Email:

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

09/11/2016 09:07:15

Identificação do Filiado

Nit: 1.134.974.575-2
CPF: 313.257.691-34
Nome: CLARINDA DA SILVA DIGLIO
Nome da Mãe: DONILDA COIMBRA DA SILVA
Data de Nascimento: 07/01/1941

Relações Previdenciárias

Índice	NIT	CNPJ/CEI/CPF/NB	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Ult. Remun.	Tipo Vínculo	Indicadores
1	1.134.974.575-2		AUTÔNOMO	01/06/1966	31/07/1966		Autônomo	
2	1.134.974.575-2	125.407.594-0	BENEFÍCIO	22/02/2006			Benefício	



O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99



**M.P.S. - Ministério da Previdência Social
I.N.S.S. - Instituto Nacional do Seguro Social**

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Esp/Número do Benefício: 87/702.592.542-0

APS de concessão: 06021150

Data de entrada: 26/09/2016

APS de manutenção: 06021150 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Informações do Requerimento

Representante legal:

Titular: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Dados do(s) agendamento(s)

Avaliação Médico Pericial B/87

Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Local de atendimento: AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO 665 CENTRO - CAARAPÓ/MS

Data e hora: 17/11/2016 10:30

OBS: FAVOR COMPARECER QUINZE (15) MINUTOS ANTES DO HORÁRIO AGENDADO.

Pelo presente TERMO DE RESPONSABILIDADE declaro estar ciente das informações prestadas para obtenção do Benefício de Prestação Continuada-BPC previsto na Lei Orgânica da Assistência Social-LOAS, e que deverei comunicar de imediato fatos ou ocorrências que determinem a perda de direito ao benefício requerido. Declaro ainda, que concordo e assumo o compromisso deste termo, com as condições nele expressas: "Estou ciente que o descumprimento do compromisso ora assumido, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos Artigos 171 e 299, ambos do Código Penal".

CÓDIGO PENAL

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

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele 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 o fato juridicamente relevante.

Caarapó/MS 08/11/2016

Sandra da Silva Montecelli

Sandra da Silva Montecelli

Observações

Quando do comparecimento na Agência da Previdência Social, para realização da Avaliação Social e/ou da Avaliação Médico Pericial:

1 - É obrigatório apresentar um documento de identificação (RG/CTPS/CNH/Passaporte ou certidão de nascimento para menores de 16 anos) do titular a ser avaliado.

2 - Apresentar uma via deste requerimento.

3 - Caso esteja fazendo tratamento e possua exames ou relatórios médicos, apresentá-los ao médico-perito.

4 - O não comparecimento para realização da Avaliação Social e/ou Avaliação Médico Pericial, poderá resultar no indeferimento deste requerimento.



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

Número do Benefício: 702.592.542-0

Espécie: 87

NIT: 11944806657

Ao(a) Sr.(a): SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Endereço: ROD: BR 163 , nº SN, OF TIMORAO - CENTRO

CEP: 79955-000 Município: JUTI

UF: MS

ASSUNTO: Requerimento de Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social à Pessoa com Deficiência

DECISÃO: INDEFERIDO

MOTIVO:

- Renda per capita familiar é igual ou superior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente na data do requerimento
- Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Arts. 1º, 4º, 8º e 9º do Decreto 6214/2007
- Art. 20º §§ 2, 3 e 10 da Lei 8742/1993

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao Requerimento de Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Pessoa com Deficiência, efetuado em 26/09/2016 a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício, em razão:

- Não atender às exigências legais da deficiência para acesso ao BPC-LOAS
- Da renda mensal bruta familiar, dividida pelo número de seus integrantes, ser igual ou superior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente na data do requerimento

Caso discorde dessa decisão o(a) Senhor(a) poderá recorrer à Junta de Recursos da Previdência Social, em qualquer unidade de atendimento do INSS, no prazo de 30(trinta) dias contado da data do recebimento desta comunicação, observando 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 agendada por meio do portal da Previdência Social na internet (www.previdencia.gov.br), da Central 135 ou em Agência da Previdência Social.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO 665 - CENTRO

CEP: 79940-000

Município: CAARAPÓ

UF: MS

Exigências para o direito ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência à Pessoa com Deficiência:

1. Constatação, por avaliação social e médico pericial realizada pelo INSS, da deficiência e do grau de impedimento, de acordo com os §§ 2º e 10º do art. 20, da Lei nº 8.742/93 e art.16 do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214/07;
2. Comprovar renda mensal bruta familiar que, dividida pelo número de seus integrantes, deve ter valor inferior a 1/4(um quarto) do salário mínimo na data do requerimento, de acordo com o art. 20, § 3º da Lei nº 8.742/93 e art. 9º, inc. II do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07;
3. Não estar recebendo outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime, de acordo com o art. 20, § 4º da Lei nº 8.742 e art. 5º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07;
4. Ser brasileiro nato ou naturalizado domiciliado no Brasil, de acordo com o art. 1º da Lei nº 8.742 e art. 7º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07.
5. Comprovar a inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF.



18
8

06021150 - AGENCIA DA PREVIDENCIA SOCIAL CAARAPO

Referente: Beneficio - NB: 7025925420

Assunto: Digitalização e armazenamento no SAPD

1. Certifico que, nesta data, o documento acima consignado foi digitalizado e enviado ao SAPD, de acordo com os dados a seguir:

Tipo de arquivo: Documento, páginas 1 a 17

Enviado por: 2324324 - BEATRIZ LEITE PINTAN CAREAGA

Data do envio: 07/12/2017 15:17:36 - IP: 10.80.155.151

Extensão: pdf - Tamanho em bytes: 4809913

Assinatura do arquivo (SHA1): fe1b51e991228051b2677f6a3f3b35724555b214

2. De acordo com o item 7 do Memorando-Circular Conjunto Nº 3/CGAPRO/CGRLOG/INSS de 09/02/2017, a presente digitalização permanecerá armazenada no SAPD até:

08/12/2019

Em 07/12/2017 15:17:36

BEATRIZ LEITE PINTAN CAREAGA

Matrícula 2324324


ANEXO III
 PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS N° 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

Nome (integrante grupo familiar):			
Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento:	/	/
Nome da Mãe:			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)			
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: N° do Livro: _____ N° da Folha: _____			
N° do Termo: _____ N° do Cartório: _____ Município do Cartório: _____			
UF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CTPS: _____ Série: _____ UF: _____			
Situação Ocupacional: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI <input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Nome (integrante grupo familiar):			
Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento:	/	/
Nome da Mãe:			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)			
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: N° do Livro: _____ N° da Folha: _____			
N° do Termo: _____ N° do Cartório: _____ Município do Cartório: _____			
UF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CTPS: _____ Série: _____ UF: _____			
Situação Ocupacional: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI <input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Nome (integrante grupo familiar):			
Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento:	/	/
Nome da Mãe:			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)			
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: N° do Livro: _____ N° da Folha: _____			
N° do Termo: _____ N° do Cartório: _____ Município do Cartório: _____			
UF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CTPS: _____ Série: _____ UF: _____			
Situação Ocupacional: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI <input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Nome (integrante grupo familiar):			
Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento:	/	/
Nome da Mãe:			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)			
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: N° do Livro: _____ N° da Folha: _____			
N° do Termo: _____ N° do Cartório: _____ Município do Cartório: _____			
UF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CTPS: _____ Série: _____ UF: _____			
Situação Ocupacional: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI <input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Pela presente, declaro, para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, devido ao idoso e a pessoa com deficiência (Lei nº 8.742/1993), que não recebo benefício de Regimes Próprios de Previdência de Estados e/ou Municípios, no Brasil ou em outro país, incompatível com o BPC e, declaro ainda, que as informações especificadas acima são completas e verdadeiras, estando ciente das penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.

Local:

Juti - ms

 Data: *04/10/2016*
Sandra da Silva monteiro

Assinatura do requerente/beneficiário ou representante legal







MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

016.366.891-40

Nome

SANDRA DA SILVA MONTECELI

Nascimento

06/11/1960



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, **ANA MARIA DA SILVA MONTECELLI**, brasileira, portadora da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 914232 SSP/MS, inscrita no CPF sob nº 775.688.181-87, declaro, sob as penas do artigo 299 do Código Penal *, que a Sra. **SANDRA DA SILVA MONTECELLI**, brasileira, Solteiro(a), empregada doméstica, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 425865 inscrito no CPF n.º 016.366.891-40, mora em minha residência, localizada no endereço abaixo:

Rua Ivo Alves Rocha, nº 900 – Dourados – MSCEP 79.823-501.

Dourados – MS, aos 20 de abril de 2.021.



Ana maria Silva montecelli

Declarante

Observações:

1. Apresentar junto com esta declaração cópia de comprovante de endereço recente (até 180 dias), com CEP, como conta de energia elétrica, gás ou telefone;

*Código Penal, art. 299: “Falsidade ideológica. Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele 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. Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte”.

TABELIONATO DEGANI – 2º SERVIÇO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL
Rua Hilda Borges Dourado, nº 442, Jardim Caramuru – Dourados – MS – Fone: (67) 3421-5888
e-mail: tabelionatodegani@uol.com.br

Reconheço por semelhança a firma de:

ANA MARIA DA SILVA MANTECELLI ***

conforme cartão arquivado neste Cartório. Doutor

Dourados - MS, 20 de abril de 2021

Selo Digital: AES47378-963-NOR

Selma Marcondes Marques - Excrevante

Encargamentos: R\$ 6,00 + FUNIECC 10%: R\$ 0,60 + FUNADEP 6%: R\$ 0,36 + FUNDE-PGE 4%: R\$ 0,24 + FEADMP-MS 10%: R\$ 0,60 + ISSQN 5%: R\$ 0,30 + SELC: R\$ 1,50 = R\$ 9,60





FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 032730204-66

1.10 Data da Entrevista: 12/01/2021

RENDAS PER CAPITA DA FAMÍLIA: 200

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: MANOEL PADIAL UREL

1.12 - Tipo: RUA

1.13 - Título:

1.14 - Nome: INDIANA

1.15 - Número: 58

1.16 - Complemento do Número:

1.17 - Complemento Adicional: LOTE 07

1.18 - Cep: 79.901-362

QUADRA 11

1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

4.03 - NIS: 16549659915

4.06 - Data de Nascimento: 06/11/1960

Ribeirão Preto 12-01-2021

Local e Data

Sandra

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

Monica Estela Vilas

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

HOSPITAL MUNICIPAL DE JUTI

Nome do(a) Paciente: Sandra da silva montecelli
Médico(a) Solicitante: Dr. Gilmar pereira fagundes

Idade: 45
DATA: 25/08/2017

Ultrassonografia do ombro direito

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico, na freqüência de 7,5 MHz, com varredura linear.

Pele e subcutâneo: sem alterações.

Músculo deltóide: de espessura normal e ausência de alterações.

Bursa subdeltóide: **espessada distendida com proliferação sinovial.**

Tendão supra-espinhal e subscapular : **heterogêneos espessados e hipoecacos.**

Tendão infra-espinhal: com espessura normal, contornos bem delimitados, sem descontinuidade e com ecotextura homogênea.

Tendão do cabo longo do bíceps: com espessura normal, contornos bem delimitados, sem descontinuidade e com ecotextura homogênea.

Articulação Acrômio-clavicular: **com irregularidades da superfícies osseas articulares.**

Hipótese Diagnóstica:

Burcita

Tendinopatia do supra espinhal e subscapular.
Osteoartropatia acrômio clavicular.

DR. ROGERIO PEZZARICO
ULTRASSONOGRAFISTA
CRM-MS 5839



PREFEITURA MUNICIPAL DE JUTI

GERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Unidade Básica de Saúde de Juti



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que SANDRA DA SILVA MONTICELLI – 53 ANOS, é portadora de sequela cirúrgica em linha média da parede abdominal, sequela ortopédica devido a fratura de ombro esquerdo. Devendo dessa forma ficar afastada do trabalho.

CID K46; M75.0

Juti/MS, 21 de Junho de 2016

Gilmar P. Fagundes
Gilmar Pereira Fagundes
CRM-MT 6199
Médico

"ADM. 2013-2016 Com Trabalho Sério o Resultado é Certo".

Av. Sérgio Maciel, 1430 – Centro - Juti – MS
CEP 79.955-000 - Fone/Fax (067) 3463-1132
ubs.juti@hotmail.com

DADOS DO PACIENTE

Unidade: Centro Regional de Especialidades de Ponta Porã

Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Dr. (a): (Sem nome)

Exame: OMBRO,RE

Data do exame: 13/12/2019

Técnico: SOAMY

Prontuário: 293094

Solicitação: CRE-11155/19

Data Nasc.: 06/11/1960

Data do laudo: 16/12/2019 09:44:30

LAUDO

Radiografia do Ombro Direito

Realizadas incidências em AP:

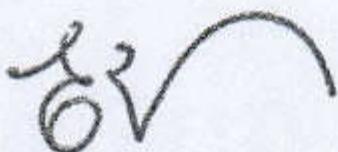
Fratura da clavícula fixada por placa e parafusos metálicos.

Estruturas ósseas com textura preservada.

Osteofitose incipiente à articulação acromioclavicular e porção inferior da glenoide.

Espaços articulares preservados.

Partes moles sem alterações significativas ao método.



Dra. Erika Vento CRM 34497-PR



CLINICA RADIOLÓGICA SANTA MARIA

MAMOGRAFIA DIGITAL & RADIOLÓGIA GERAL DIGITAL
ULTRASSONOGRAFIA 3D/4D & DENSITOMETRIA ÓSSEA

Dados do Paciente

Paciente.....: SANDRA DA SILVA MONTECELLI
Data de Nascimento...: 6/11/1960
Idade.....: 51 anos 6 meses e 26 dias.
Convênio.....: PAX / MATERDEI / SESC
Solicitado por.....: DR. AZAMIR WILLIANS LUPOLI

Sexo: Feminino

Ocorrência: 448
Data: 1/6/12
R.G.:
Prontuário: 38848

LAUDO DE RAIO X- OMBRO DIREITO AP

Partes moles sem alterações.

Osteopenia difusa.

Controle de cirurgia na clavícula com placa e parafusos metálicos.

Espaços articulares preservados.

Dr(a). VANDER CAETANO VIEIRA
CRM: 3434

CLIMED Clínica Médica

ATESTADO MÉDICO

Atesto Para os devidos Fins que o (a) Sr. (a) Indira de S. Monteiro
 Necessita de 60 (Seu) de dez de dez
 Dias de afastamento para tratamento médico, a partir de: 1/1/1
 CID: M191M75-5TM75-9

Dourados (MS) 14/06/12

Rua: Hayel Bon Faker, 1216 – Jardim Água Boa
 Esquina com W5 - Dourados - MS

Admir Williams Lopes
 Ortopedista
 CRM: 672
 CRP: 158-67
 CPF: 359.030.418-67



CONSULTORIO MEDICO INTEGRAL. ENMANUEL
LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAMA.

Aquidabán. Entre Cerro León y General Bruguéz. Amambay. Paraguay
Teléfono: Celular Paraguay: 0991182984.

Fecha	23 de marzo del 2021	Peso	76 kg
Nombre y apellidos	Sandra Da Silva	Estatura	152 cm
Seguro	Privado.	IMC	32.9
Medico	Dr. Warnell Pupo Palacio.	M ² superficie	1.73
Motivo	Dolor torácico.	Edad	61 años
Antecedentes personales	Sedentarismo. Obesidad I. HTA. Fumadora.	Sexo	Femenina

Mediciones en Modo M y Modo B.

	Valor	V. normales	Valor	V. normales	
Aorta					
Aorta (Anillo)	27 mm	< 29 mm	Aorta (Valsalva)	29 mm	21 - 35 mm
Aorta (Unión sinotubular)	28 mm	< 30 mm	Aorta (Ascendente proximal)	28 mm	< 34 mm
Apertura Aortica	17 mm	> 15 mm	Relación AI/AO	1.31	1.0 ± 0.5
Aurícula Izquierda	39 mm	23 - 38 mm	Apical 4C	51 mm	29 - 53 mm
Ventriculo derecho					
Tracto de salida VD proximal	32 mm	< 35 mm	VD Diámetro basal	36 mm	< 41 mm
Tracto de salida VD distal	24 mm	< 27 mm	VD Diámetro medio	32 mm	< 35 mm
			VD Diámetro longitudinal	80 mm	< 83 mm
Ventriculo izquierdo					
Diámetro telediastólico del VI	49/00 mm 4C	mm	Valores normales	36 - 54	mm
Diámetro telesistólico del VI	33	mm	Valores normales	23 - 39	mm
Volumen telediastólico del VI	112/55	ml	Valores normales	73 - 156	ml
Volumen telesistólico del VI	45/23	ml	Valores normales	54 - 99	ml
Fracción de eyección del VI					
Teichholz	60	%	Valores normales	≥ 52	%
Simpson	59	%	Valores normales	≥ 55	%
FA del VI	32	%	Valores normales	≥ 25	%
Grosor septal del VI	08/15 mm 5 C	mm	Valores normales	6 - 11	mm
Grosor pared posterior del VI	10/00 mm 5 C	mm	Valores normales	6 - 11	mm
Diámetro de la VCI	12	mm	Valores normales	≤ 25	mm
Colapso de la VCI	58.33 %	%	Valores normales	≥ 50	%

Anatomía y Función ventricular

Ventriculo izquierdo: Los diámetros intraventriculares sistólicos y diastólicos son normales. Los volúmenes intraventriculares sistólicos y diastólicos son normales. No trombos intracavitarios. Septo interventricular íntegro con grosor anormal. Tracto de salida del VI normal. Función sistólica del ventrículo izquierdo conservada en reposo. Función sistólica segmentaria conservada en reposo. Función diastólica, patrón de relajación anormal.

Ventriculo derecho: Diámetro intraventriculares normales.

Auriculas: Septo interauricular íntegro con grosor normal. AI de anatomía normal, sin imágenes de trombos en su interior. AD, de diámetros normales.

Pericardio: No engrosamiento de las hojas pericardicas. Derrame del pericardio ligera.

Grandes Vasos: Raíz de la aorta de diámetros normales. Resto de grandes vasos de diámetros normales, sin evidencia de daño estructural. Arteria pulmonar: Normal. Venas pulmonares: Normales. Vena cava inferior: Diámetros normal y que colapsa un 58.33 %



CONSULTORIO MEDICO INTEGRAL. ENMANUEL LABORATORIO DE ECOCARDIOGRAMA.

Aquidabán. Entre Cerro León y General Bruguéz. Amambay. Paraguay
Teléfono: Celular Paraguay: 0991182984.

Válvulas

Válvula Mitral: Estructura, apertura y movilidad anormal.

Área valvular por THP	4.8 cm ²	> 2 cm ²
Onda E	76 m/seg	70 - 120 cm/seg
Onda A	83 m/seg	30 - 100 cm/seg
Relación E/A	0.91	0.8 - 2.3
Tiempo de deceleración de E (EDT)	171 mseg	140 - 240 mseg (normal)
Alcance del jet	Cara Auricular	Cara Auricular (ligera)
Área del Jet 5C (cm ²)	2.0 cm ²	< 4 cm ² (ligera)
Área del Jet/AI	00	< 20 % (ligera)

Válvula Aórtica: Estructura, apertura y movilidad normal.

Gradiente Máximo	4.82 mm Hg	< 50 mm Hg
Gradiente Medio	2.11 mm Hg	< 25 mm Hg
Velocidad del flujo máxima	1.10 m/s	< 3 m/s
VTI (Integral de velocidad tiempo)	22.2 cm	20 a 25 cm
Alcance del jet	00	Intermedio (moderado)
Área del Jet 5C (cm ²)	00	3 - 7 cm ² (moderado)
THP (ms)	00	> 400 ms (ligera)
Pendiente IAo	00	2.2 - 3.3 m/s ² (moderado)

Válvula Tricúspide: Estructura, apertura y movilidad normal. (Fisiológica)

Área del Jet	Plano valvular	Plano valvular (Ligera)
Alcance del jet	2.1 cm ²	< 4 cm ² (Ligera)
Velocidad máxima del jet de regurgitación	2.49 m/s	< 2.50 m/s (normal)
Presión Sistólica Ventricular derecha	24.30 mm Hg	18 - 25 mm Hg (normal)
Presión aurícula derecha	5 mm Hg	5 - 10 mm Hg (normal)

Válvula Pulmonar	Estructura, apertura y movilidad normal.	
Gradiente máximo	2.44 mm Hg	< 40 mm Hg
Velocidad del flujo máxima	0.75 m/s	< 3 m/s
VTI (Integral de velocidad tiempo)	16.1 cm	20 a 25 cm
Tiempo de aceleración de la Pulmonar	88 m/s	> 80 m/s

Observaciones y Recomendaciones: En ritmo Sinusal. Valorar situación clínica y tratamiento actual en consulta con Especialista en cardiología. Repetir este estudio dentro de 6 a 12 meses.

Conclusiones Diagnósticas

1	Miocardiopatía Mixta. Hipertrófica. Valvular.
2	Insuficiencia Valvular Mitral Ligera.
3	Insuficiencia Valvular Tricúspidea ligera. (Fisiológica)
4	Función sistólica del Ventrículo izquierdo conservada en reposo.
5	Disfunción diastólica Ligera del Ventrículo izquierdo en reposo.
6	Función sistólica segmentaria del Ventrículo izquierdo conservada en reposo.
7	Derrame Pericardio ligero. (Normal)
8	No otras alteraciones valvulares.
9	No otras alteraciones.

Dr. Warnell Pupo Palacio

Reg. Prof. N°. 18059
Cardiólogo Clínico



Dr. Warnell Pupo Palacio
Cardiólogo Clínico.
Registro Profesional 18059.



R/: RosunesT

- Rosumotina - 20 mg
1 comp 9pm

- Centrum Silver

Mujeres + 50 Años
1 comp x día.

30-3-21

Smilea DA Silver

Dr. Warnell Pupo Palacio
Reg. Prof. N° 18059
Cardiólogo Clínico

CONSULTA MEDICA. ELETROCARDIOGRAMA COMPUTARIZADO. RIESGO QUIRURGICO.
ECOCARDIOGRAMA DOPPLER. HOLTER DE 12 DERIVACIONES DE 24 A 72 HORAS. MAPA.

Contacto: e-mail: warnellpupo@gmail.com

Teléfonos: Paraguay + 595 991 182984. Brasil + 55 (67) 81549739

Paciente : SANDRA DA SILVA MONTECELLI
Médico : Dr. Artenio Olivio Richter
Convênio : PARTICULAR

Registro : 003782
Idade: 53A e 5M
Data: 12/04/2014

ULTRASSONOGRAFIA

Parede Abdominal

Região de cicatriz cirúrgica de colecistectomia

Exame realizado com aparelho Medison Acuvix XG com transdutor linear multifrequencial de 5-13Mhz.

Avaliada região de hipocôndrio direito em repouso e à manobra de Valsalva onde observamos anatomia preservada.

Região umbilical em repouso e à manobra de Valsalva observa-se protrusão de tecido adiposo para o interior de saco hemiátrio.

Impressão Diagnóstica:

Hérnia umbilical.

Parede abdominal em hipocôndrio direito ecograficamente normal.

Dr. Silvio Laranjeira
Ginecologista e Obstetra
Ultrasomografia
CRM-MS 390 TEGO 600/03