



## Dados Básicos

<b>Serviço</b> Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE	<b>Data de entrada do requerimento</b> 28/09/2023 10:30	<b>Canal de atendimento</b> Entidade Conveniada
	<b>Última atualização</b> 09/11/2023 09:03	

## Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

## Campos adicionais:

Campo	Valor
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	C) Procurador
Comunicarei o óbito do titular/dependente ou cessação da representação do benefício no prazo de até 30 dias da data do ocorrido*.	Ciente e de acordo
CPF	4958005978
Possui inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico?	A) Sim
Seu cadastro no CadÚnico foi atualizado há menos de dois anos?	A) Sim
Qual seu estado civil?	A) Solteiro
Onde você mora?	Moro em residência
Forma de Convívio	Sozinho(a)
Além das pessoas já informadas, há algum outro membro que componha o grupo familiar ou algum membro que não possua número de CPF?	B) Não
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?	Sim
NB	713.823.869-0
NR	57522838
Gastos de uso contínuo com renda comprometida e negativa do Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: renda comprometida?	Não Informado
Medicamentos: uso contínuo?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Medicamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: renda comprometida?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: uso contínuo?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Fraldas: renda comprometida?	Não Informado
Fraldas: uso contínuo?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Fraldas: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Fraldas: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Alimentação Especial: renda comprometida?	Não Informado
Alimentação Especial: uso contínuo?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Alimentação Especial: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Alimentação Especial: concorda com valor dedutível?	Não Informado

Campo	Valor
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Indicação para Proteção Especial?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade?	Não Informado
Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público?	Não Informado

**Interessados**

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
529.190.211-68	GILSON FRANCA DE LIMA	07/02/1970	JOSEFA LOURENCO DE ANDRADE

**Procuradores / Representantes Legais**

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

**Instituidores**

A tarefa não possui instituidores.

**Anexos**

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
408144049	DOCUMENTO PESSOAL.pdf	Documentos de identificação do interessado	112,71kB	049.580.059-78 - 28/09/2023 10:30	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
408144052	PROCURAÇÃO - GILSON.pdf	Termo de representação da entidade conveniada	401,97kB	049.580.059-78 - 28/09/2023 10:30	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
408144051	CAD UNICO.pdf	Outros documentos	279,73kB	049.580.059-78 - 28/09/2023 10:30	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
408144048	COPIA OAB.pdf	Documento de identificação do procurador (OAB/RG/CNH/CTPS)	171,61kB	049.580.059-78 - 28/09/2023 10:30	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
408144053	TERMO DE RESPONSABILIDADE - GILSON.pdf	Termo de representação da entidade conveniada	363,98kB	049.580.059-78 - 28/09/2023 10:30	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
408144050	CPF.pdf	Documentos de identificação do interessado	133,90kB	049.580.059-78 - 28/09/2023 10:30	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
421985645	gilson frança de lima.pdf	Termo de consentimento	128,23kB	3341978 - 09/11/2023 08:47	Não
531118192 - Avaliação Social BPC/LOAS - Inicial (presencial) (Subtarefa)					
421995340	Despacho de Análise.pdf	Despacho de Análise Automático	45,31kB	529.190.211-68 - 09/11/2023 09:03	Não
4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)					
421995658	RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf	Relatório da Avaliação Conjunta	38,90kB	09/11/2023 09:03	Não
4491695 - 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 231109NVA2FP01

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 09747519

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




ASSINATURA DO PORTADOR



COAB



OBSERVAÇÕES



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

INSCRIÇÃO: 14809

NOME  
LUIS HENRIQUE MIRANDA

FILIAÇÃO  
EUNICE DOS ANJOS MIRANDA

NACIONALIDADE  
LOANDA-PR

DATA DE NASCIMENTO  
28/01/1988

RG  
8.928.695 5 - SSP/PR

CPF  
049.580.059-78

QUADOR DE GRUPO E TÍTULO  
SIM

VIA EXPEDIDO EM  
01 20/04/2011

*Leonardo Avelino Duarte*  
LEONARDO AVELINO DUARTE  
PRESIDENTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

MS

CE

NOME  
GILSON FRANCA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF  
618915 SSP MS

CPF  
529.190.211-68

DATA NASCIMENTO  
07/02/1970

FILIAÇÃO  
JOSE FRANCA DE LIMA  
JOSEFA LOURENCO DE ANDRADE

PERMISSÃO ACC CAT HAB  
AB

Nº REGISTRO  
00587402170

VALIDADE  
06/08/2024

1ª HABILITAÇÃO  
23/03/1999

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Gilson Franca de Lima*

LOCAL  
DOURADOS, MS

DATA DE EMISSÃO  
07/08/2019

ASSINATURA DO EMISSOR  
*Luiz Carlos da Rocha Lima*  
LUIZ CARLOS DA ROCHA LIMA  
DIRETOR-PRESIDENTE  
91964114523  
MS843304413

MATO GROSSO DO SUL

DENATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1833803144

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1833803144



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**529.190.211-68**

**Nome**

**GILSON FRANCA DE LIMA**

**Nascimento**

**07/02/1970**

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**1F13.9D01.F5B6.4E0B**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 10:37:46 do dia 02/03/2023 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

## FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

### I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 081396781-39      1.10 Data da Entrevista: 25/09/2023  
RENDA PER CAPITA DA      0.00

### II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: JARDIM AGUA BOA  
1.12 - Tipo: RUA      1.13 - Título:  
1.14 - Nome: AUDELINO GARCIA CAMARGO  
1.15 - Número: 750      1.16 - Complemento do  
1.17 - Complemento  
1.18 - Cep: 79800-003      1.20 - Referência para

### III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

#### RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: GILSON FRANCA DE LIMA  
4.03 - NIS: 21327994439      4.06 - Data de Nascimento: 07/02/1970

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade

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

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

**GILSON FRANÇA DE LIMA**, brasileira, Divorciado(a), Autonomo, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 000618915 inscrito no CPF n.º 529.190.211-68, residente e domiciliado à Rua Audelino Garcia Camargo, nº 750 – Jardim Água Boa – Dourados – MS CEP 79.812-200, 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 1 de Março de 2023



**GILSON FRANÇA DE LIMA**



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, Louis Henrique Miranda, 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.*

<b><u>Beneficiários:</u></b>	
Nome: <u>Guilherme Souza de Lima</u>	CPF: <u>529.190.211-68</u>
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____

<b><u>Qualidade da representação:</u></b>	
<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: Dompedras, 28 / 09 / 2023.

Assinatura: [Assinatura]

Despacho (346106238)

Enviado em 28/09/2023 15:28

4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 220737929 - data e hora da solicitação: 28/09/2023 15:28 - data e hora agendada: 05/10/2023 08:40 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (348217968)

Enviado em 06/10/2023 11:19

4491695 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1879697842 - data e hora da solicitação: 06/10/2023 11:19 - data e hora agendada: 09/11/2023 07:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

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

**ANEXO I**

**TERMO DE CONSENTIMENTO**

Nome do requerente: GILSON FRANÇA DE LIMA

CPF do requerente: 5291921168

1. Considerando a Lei nº 14.176, de 22 de Junho de 2021, que no inciso I do artigo 3º autorizou o INSS a realizar a avaliação social por meio de videoconferência.
2. Considerando o cumprimento ao Acórdão nº 2597/2020 do Plenário do Tribunal de Contas da União – TCU, a Portaria nº 1328 e a Portaria DIRBEN/INSS nº 910/2021, alterada pela Portaria DIRBEN/INSS nº 918/2021, foi agendado para esta data a AVALIAÇÃO SOCIAL REMOTA do requerente supra.
3. Para identificação do titular do requerimento e análise das condições sociais do participante da avaliação, se faz necessário a digitalização dos documentos de identificação e documentos médicos.
4. O INSS se compromete a manter o Sigilo das informações pessoais do requerente.

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

Local e data Dourados, 09 de Novembro 2023

Gilson França de Lima

Assinatura do Requerente

Despacho (356371310)

Enviado em 09/11/2023 09:02

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

531118192 - Avaliação Social BPC/LOAS - Inicial (presencial) (Subtarefa)

---

Ref.: 87/7138238690Int.: GILSON FRANCA DE LIMAAss.: Conclusão da Avaliação SocialPrezado(a) GILSON FRANCA DE LIMA,Nessa data, foi concluída a Avaliação Social do pedido de Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC/Loas).Atenciosamente,Erinilza Ciciliati BonioloAssistente SocialSIAPE 2823254CRESS 4904



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## DETALHAMENTO DA ANÁLISE E DECISÃO DE REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

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

Nome do Requerente:	GILSON GRANCA DE LIMA
CPF:	529.190.211-68
Protocolo do Requerimento:	4491695
Espécie do Benefício:	87
Nome da Espécie:	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Número do Benefício:	713.823.869-0
Número de Inscrição do Trabalhador:	272.45928.28-8
Data de Entrada do Requerimento:	28/09/2023
Número do Requerimento:	57522838
Data do Início do Benefício:	28/09/2023
Data do Início do Pagamento:	28/09/2023

### 2. INFORMAÇÕES PRESTADAS NO ATO DO REQUERIMENTO

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

Campo	Valor
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	C) Procurador
Comunicarei o óbito do titular/dependente ou cessação da representação do benefício no prazo de até 30 dias da data do ocorrido*.	Ciente e de acordo
CPF	4958005978
Possui inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico?	A) Sim
Seu cadastro no CadÚnico foi atualizado há menos de dois anos?	A) Sim
Qual seu estado civil?	A) Solteiro
Onde você mora?	Moro em residência
Forma de Convívio	Sozinho(a)
Além das pessoas já informadas, há algum outro membro que componha o grupo familiar ou algum membro que não possua número de CPF?	B) Não
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?	Sim
Você possui gastos com medicamentos, consultas, tratamentos de saúde, fraldas e/ou alimentação especial relacionados com sua deficiência ou idade avançada?	NÃO
NB	7138238690
NR	57522838



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Gastos de uso contínuo com renda comprometida e negativa do Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: renda comprometida?	Não Informado
Medicamentos: uso contínuo?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Medicamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: renda comprometida?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: uso contínuo?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Fraldas: renda comprometida?	Não Informado
Fraldas: uso contínuo?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
Fraldas: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Fraldas: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não Informado
Alimentação Especial: renda comprometida?	Não Informado
Alimentação Especial: uso contínuo?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não Informado
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 Informado
Indicação para Proteção Especial?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade?	Não Informado
Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público?	Não Informado
AVALIACAO_CONJUNTA_REAPROVEITADA	Nao
Data de criação da tarefa	28/09/2023

### 3. HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DE DIREITO

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

- **CÁLCULO DA RENDA FAMILIAR**



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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

<b>Nome</b>	<b>GILSON GRANCA DE LIMA</b>
<b>Parentesco</b>	-
<b>Data de Nascimento</b>	<b>07/02/1970</b>
<b>NIT</b>	<b>27245928288</b>
<b>CPF</b>	<b>52919021168</b>
<b>Incluído na Renda</b>	<b>Sim</b>
<b>Renda Considerada</b>	<b>R\$ 0,00</b>

◦ **COMPROMETIMENTO DA RENDA**

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

◦ **RESUMO DA RENDA DO GRUPO FAMILIAR**

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

Valor Total da Renda Bruta:	R\$ 0,00
Quantidade de Componentes:	1
Valor Renda Per Capita Líquida:	R\$ 0,00
Valor do Salário Mínimo:	R\$ 1.320,00
Requisito de Renda Per Capita Atendido:	Sim

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

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

◦ **Avaliação Social**

Foi realizada avaliação social em 09/11/2023.

◦ **Avaliação Médica:**

Foi realizada avaliação médica em 05/10/2023 tendo sido confirmada a existência de impedimento de longo prazo.

◦ **Resultado da avaliação conjunta:**

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

**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):**



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS**

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

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

**Brasília/DF, 09 de Novembro de 2023.**

Despacho (356371764)

Enviado em 09/11/2023 09:03

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE  
173027206 - Acertos para análise (Subtarefa)

---

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**Avaliação Conjunta**

Benefício: 713.823.869-0

<b>Espécie:</b>	87 - Amparo Social Pessoa Portadora Deficiência
-----------------	-------------------------------------------------

**TITULAR**

<b>Nome:</b>	GILSON GRANCA DE LIMA		
<b>NIT:</b>	2.724.592.828-8	<b>CPF:</b>	529.190.211-68
<b>Data de nascimento:</b>	07/02/1970	<b>RG:</b>	
<b>Sexo:</b>	MASCULINO	<b>Estado Civil:</b>	
<b>Escolaridade:</b>			
<b>Local Moradia:</b>	Vive em residência	<b>Telefone:</b>	
<b>Endereço:</b>	AV WEIMAR GONCALVES TORRES 3215 - CENTRO - DOURADOS/MS		
<b>Tipo Representante Legal:</b>	-		
<b>Nome Representante Legal:</b>	-		

**BENEFÍCIO**

<b>GEX:</b>	06021 - GERÊNCIA EXECUTIVA DOURADOS
<b>APS requerimento:</b>	06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS
<b>APS concessora:</b>	06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS
<b>APS mantenedora:</b>	06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS

**INFORMAÇÕES DA AVALIAÇÃO SOCIAL E PERÍCIA MÉDICA**

Dados da Avaliação Social		
Situação	Data da Avaliação	Utilizada Avaliação Social Média
Concluído com Sucesso	09/11/2023	Não
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS	1
SIAPE do Assistente Social	CRESS	
2823254	4904	

Dados da Avaliação Médico Pericial		
Situação	Data da Avaliação	
Concluído com Sucesso	05/10/2023	
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS		
SIAPE do Perito	CRM	CADMED
1792618		601969
Indicador de Impedimento de Longo Prazo	Indicador de Agravante de Funções do Corpo	Indicador de Prognóstico Desfavorável
Sim	Não	Não

Fatores Ambientais				
e1	e2	e3	e4	e5
3	3	2	2	2

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

Funções do Corpo							
b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	b8
0	1	0	2	0	0	0	0

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

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

Despacho (356371771)

Enviado em 09/11/2023 09:03

4491695 - 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 28/09/2023, nº 713.823.869-0, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício. O indeferimento do BPC pode ocorrer por mais de um motivo, conforme o caso concreto. Em relação ao seu requerimento, o indeferimento do seu pedido se deu pelo(s) seguinte(s) motivo(s): Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS. Comunicamos que os agendamentos pendentes, vinculados a este pedido, serão automaticamente cancelados. Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos do Seguro Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 36, §1º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS ([meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br)) ou pela Central 135.

# **Anexos de Perícias Médicas**



PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

1

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

992627059

Data de entrada: 29/09/2023 - Central de Serviços -

#### Dados Básicos

<b>Serviço</b> Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade</b> 01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL	<b>Data de entrada do requerimento</b> 29/09/2023 04:20	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Intranet
	<b>Última atualização</b> 05/10/2023 11:55	

#### Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

#### Campos adicionais:

A tarefa não possui campos adicionais.

#### Interessado(s)

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
529.190.211-68	GILSON FRANCA DE LIMA	07/02/1970	JOSEFA LOURENCO DE ANDRADE

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

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

#### Anexos

A tarefa não possui anexos.

Comentário (6910809)

Enviado em 05/10/2023 11:55

Unidade: 01400 - DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

992627059 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

---

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia