

Dados Básicos

| Serviço | Status | Prioridade |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência | Concluída | Normal |
| Unidade de Protocolo | Data de entrada do requerimento | Canal de atendimento |
| AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAP SR-V | 10/03/2022 11:09 | Central de Serviços - Internet |
| Última atualização | | |
| | 10/03/2022 11:11 | |

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 | Sozinho(a) |
| Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família? | B) Não |
| Você é estrangeiro em situação regular no Brasil? | B) Não |
| NB | 711.140.737-8 |
| NR | 46191885 |
| 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: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público? | Não |
| 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 |
| 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 |
|----------------|-------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 046.341.771-29 | DIONIZIO ALVES DA SILVA | 07/10/1961 | CICERA ALVES RAMALHO DA SILVA |

Procuradores / Representantes Legais

A tarefa não possui procuradores / representantes legais.

Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

Anexos

| ID | Nome do Arquivo | Descrição do Arquivo | Tamanho | Enviado Por | Autenticado? |
|------------|--|--|---------|-----------------------------------|--------------|
| 246056443 | Folha resumo.jpg | Outros documentos | 1,94MB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 246056440 | RG e CPF Dionizio.jpg | Documentos de identificação do interessado | 2,05MB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 246056441 | CTPS frente.jpg | Comprovantes das relações previdenciárias do interessado e do grupo familiar | 3,34MB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 246056445 | grupo_familiar.pdf | Grupo Familiar | 7,16kB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 246056442 | CTPS verso.jpg | Comprovantes das relações previdenciárias do interessado e do grupo familiar | 3,26MB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 246056446 | comprometimento_renda.pdf | Comprometimento de Renda | 7,04kB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 246056444 | Laudo Médico.jpg | Outros documentos | 1,69MB | 046.341.771-29 - 10/03/2022 11:09 | Não |
| 1709280915 | - 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 220331BIO82T75

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO | | | |
|---|--|---------------------------------|-----------------------|
|  | | | |
| DIONIZIO ALVES DA SILVA | | | |
| FILIAÇÃO..... | CICERA ALVES RAMALHO DA SILVA MANOEL ALVES DA SILVA | | |
| NASCIMENTO.... | 07/10/1961 | | |
| ESTADO CIVIL... | SOLTEIRO | | |
| NATURALIDADE: | FÁTIMA DO SUL - MS | | |
| DOCUMENTO..... | R.G. - 429516 - 17/11/2014 - SÉJUSP - MS | | |
| LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 | | | |
| CPF..... | 046.341.771-29 | | |
| TIT. ELEITOR: | CNH..... SEÇÃO: ZONA: | | |
| LOCAL DE EMISSÃO: PM - RIO BRILHANTE DATA DE EMISSÃO.: 31/07/2019 | | | |
|  KLERBER PEREIRA DE ARAÚJO E SILVA ASSINATURA DO EMISSOR | | | |
| ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE | | | |
| FLIAÇÃO | | | |
| DATA DE NASC. DE | / / | | |
| DOCUMENTO | / / | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | NOVO | | |
| NAME | | | |
| DOCUMENTO | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | NOVO | | |
| NAME | | | |
| DOCUMENTO | | | |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | NOVO | | |
| L E G E N D A | | | |
| A CASAMENTO | C DIVÓRCIO | D RECONHECIMENTO DE PARENTIDADE | E MUDANÇA VOLUNTÁRIA |
| B SPÓDICO | F MUDANÇA DE NOME | G DATA DE NASCIMENTO | H MUDANÇA DE ENDERECO |
| 50119 48888463 60-30 | | | |

FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 67605172-37 1.10 Data da Entrevista: 15/12/2021
RENDIMENTO PER CAPITA DA FAMÍLIA: 125.00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: JARDIM ELIANE
1.12 - Tipo: RUA 1.13 - Título:
1.14 - Nome: VENEZUELA
1.15 - Número: 2842 1.16 - Complemento do Número:
1.17 - Complemento Adicional:
1.18 - Cep: 79700-000 1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: DIONIZIO ALVES DA SILVA
4.03 - NIS: 12305029553 4.06 - Data de Nascimento: 07/10/1961

Estância do Sul - MS, 10/03/2022
Local e Data

Dionizio Alves da Silva
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

Gabrielly B. Santos
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)



EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nº Prontuário: _____

Paciente: _____

Endereço: _____

Município: Delcanágos Míchica:

- Declaro para os clínicos
fis que o paciente sr. Dionísio
Alves da Silva, 60 anos, é portador
de miocardiopatia (predominante etiologia
infecciosa), com boa resposta à
terapêutica intitulada. Diversas man-
tenem esforços do trabalho, por
periodos indeterminados (no mo-
mento, de 0 retornos médicos).

ACIA = 2500

Dra. Carolina Reinaldo
MS/2000
Cardiologia RQE/2541

1 Dosseder
07/03/22

Rua: Ivo Alves da Rocha, 558. Bairro: Altos do Indaiá
CEP: 79.823.501 – Dourados – MS – Fone/Fax: (67) 3410-3000

USO EXCLUSIVO A PACIENTE ATENDIDO NO HOSPITAL

Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão**CPF:** 046.341.771-29**Requerente:** DIONIZIO ALVES DA SILVA**Data de Entrada do Requerimento:** 10/03/2022 11:09**Serviço:** Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência**Data da última atualização no CadÚnico:** 15/12/2021

| CPF | Nome do Familiar | Grau de Parentesco | Estado Civil |
|----------------|-------------------------|--------------------|--------------|
| 046.341.771-29 | DIONIZIO ALVES DA SILVA | Requerente | Solteiro |

Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão**CPF:** 046.341.771-29**Requerente:** DIONIZIO ALVES DA SILVA**Data de Entrada do Requerimento:** 10/03/2022 11:09**Serviço:** Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

| Categoria | Uso contínuo | Negativa do Poder Público | Valor Dedutível por Categoria | Concorda com o valor dedutível |
|-----------|--------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
|-----------|--------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

Despacho (217117888)

Enviado em 10/03/2022 11:11

1709280915 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 488399587 - data e hora da solicitação: 10/03/2022 11:11 - data e hora agendada: 11/05/2022 10:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (217118138)

Enviado em 10/03/2022 11:11

1709280915 - 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 10/03/2022, nº 711.140.737-8, 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): Existência de vínculo em aberto para o titular. Comunicamos que os agendamentos pendentes, vinculados a este pedido, serão automaticamente cancelados. Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos do Seguro Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 36, §1º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS (meu.inss.gov.br) ou pela Central 135.