



## Dados Básicos

<b>Serviço</b> Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAP SR-V	<b>Data de entrada do requerimento</b> 16/08/2021 17:30	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Internet
	<b>Última atualização</b> 05/04/2022 15:09	

## Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

## Campos adicionais:

Campo	Valor
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	A) Não. Eu sou o titular
Onde você mora?	Moro em residência
Forma de Convívio	Com pessoas da família
Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família?	B) Não
Você é estrangeiro em situação regular no Brasil?	B) Não
NB	710.402.964-9
NR	43077337

## Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
436.674.061-34	ANGELA VILHALVA DA SILVA	04/08/1959	EVA VILHALVA RAMOS

## Procuradores / Representantes Legais

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

## Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

## Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
196268739	grupo_familiar.pdf	Grupo Familiar	7,57kB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:30	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
196268738	ATESTADO MÉDICO.pdf	Outros documentos	504,45kB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:30	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
196268737	CAD UNICO.pdf	Outros documentos	735,92kB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:30	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
196268734	DOCUMENTOS PESSOAIS.pdf	Documentos de identificação do interessado	744,18kB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:30	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
196268735	CTPS.pdf	Comprovantes das relações previdenciárias do interessado e do grupo familiar	1,20MB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:30	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
196273346	TERMO DE REPRESENTAÇÃO INSS.pdf	TERMO DE REPRESENTAÇÃO	758,06kB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:41	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
196273457	COPIA OAB.pdf	COPIA OAB ADVOGADO	171,61kB	436.674.061-34 - 16/08/2021 17:42	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
234369055	listarVinculosCidadao.xhtml.pdf	CONSULTA	56,27kB	546871 - 20/01/2022 12:14	Não
747034120	- Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)				

## Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
234369499	listarVinculosCidadao.xhtml.pdf	CONSULTA	55,64kB	546871 - 20/01/2022 12:15	Não
747034120	- Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)				
234370386	Bases Governamentais - Pannel do Cidadão - CadÚnico - Código Familiar_4306324605.pdf	BASES GOVERNAMENTAIS	116,36kB	546871 - 20/01/2022 12:18	Não
747034120	- Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)				
234372410	CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais.pdf	ATUALIZAÇÃO DE DADOS	96,35kB	546871 - 20/01/2022 12:24	Não
747034120	- Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)				
238196997	RECIBOS.pdf		323,86kB	07/02/2022 00:00	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
238286389	RECEITUÁRIO MÉDICO 1.pdf		381,37kB	436.674.061-34 - 07/02/2022 15:58	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
238286565	RECEITUÁRIO.pdf		522,32kB	436.674.061-34 - 07/02/2022 15:58	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
238286813	RECIBO GÁS.pdf		277,77kB	436.674.061-34 - 07/02/2022 15:58	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
238286953	RECIBOS FARMÁCIA.pdf		436,39kB	436.674.061-34 - 07/02/2022 15:59	Não
229290918	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
252858657	RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf	Relatório da Avaliação Conjunta	39,09kB	05/04/2022 15:09	Não
229290918	- 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 220406RXFVQ360

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nº DE INSCRIÇÃO: **436674061 34**

NOME COMPLETO: **ANGELA VILHALVA DA SILVA**

NASCIMENTO: **04.08.59**

ASSINATURA: *Angela Vilhalva da Silva*

ERA VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

*CIC*

MINISTÉRIO da Fazenda

**AROLD BRANDÃO**

Em *07/01/86*

**RRF - Dourados - MS.**

MAT. 6130012-7

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

DA RECEITA FEDERAL

DESEMPENHAR ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LOCAL DA SECRETARIA

EM CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS

COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF E

EM O TERRITÓRIO NACIONAL



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 000814102 DATA DE EXPEDIÇÃO 08/09/94

NOME Angela Vilhalva da Silva

FILIAÇÃO Euzebio Alves  
Eva Vilhalva Ramos

NATURALIDADE Vila Formosa-MS DATA DE NASCIMENTO 04/08/1959

DOC. ORIGEM C C Vila Formosa-MS  
N 325 L 2/B/F 25

CPF

*VENILDO CORRÊA*  
VENILDO CORRÊA  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



2.º VIA



Número *80.3.12* Série *00008815*

*Angela Silveira da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ..... *Carla Viliana da Silva* .....  
 Loc. Nasc. *3/11/1959* ..... Est. *MS* ..... Data *04/08/1959* .....  
 Filiação *Genilson Alves e Maria Viliana* .....  
 Doc. N° *RG 00814102 SSP MS* .....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
 Exp. em ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão *15/03/05* ..... DRT *S.M.T. Bradey* .....

*Geisa Miriam*  
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE  
 (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome.....  
 Doc. ....  
 Nome.....  
 Doc. ....  
 Nome.....  
 Doc. ....  
 Est. Civil.....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Maira Madalena  
Juliano Peres  
 CNPJ/MF Cof. 5/5.314.339-19  
 Rua Firmina V. de Mattos N° 1234  
 Município Vouzas Est. MG  
 Esp. do estabelecimento Residência  
 Cargo Empregada doméstica  
 CBO n° 5210-5  
 Data admissão 01 de março de 85  
 Registro n° ..... Fls/Ficha .....  
 Remuneração especificada R\$ 300,00 (trezentos e noventa reais) mais VANS.  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. [assinatura]  
 1° ..... 2° .....  
 Data saída 31 de Julho de 86  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. [assinatura]  
 1° ..... 2° .....  
 Com. Dispensa CD N° .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 CBO n° .....  
 Data admissão..... de ..... de .....  
 Registro n° ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....  
 1° ..... 2° .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test. ....  
 1° ..... 2° .....  
 Com. Dispensa CD N° .....



## FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

### I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 43063246-5                      1.10 Data da Entrevista: 06/03/2020  
RENDA PER CAPITA DA FAMÍLIA: 249.00

### II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: ZONA RURAL  
1.12 - Tipo: ACAMPAMENTO                      1.13 - Título:  
1.14 - Nome: JOSE BARBOSA III  
1.15 - Número:                                      1.16 - Complemento do Número: SN  
1.17 - Complemento Adicional: BR 463 KM 8  
1.18 - Cep: 79849-899                              1.20 - Referência para Localização:

### III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

#### RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: ANGELA VILHALVA DA SILVA  
4.03 - NIS: 12633019384                      4.06 - Data de Nascimento: 04/08/1959

4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: CONJUGE OU COMPANHEIRO(A)  
4.02 - Nome Completo: IRAEL OLIVEIRA DA SILVA  
4.03 - NIS: 23715107355                      4.06 - Data de Nascimento: 04/02/1958

4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: NETO(A) OU BISNETO(A)  
4.02 - Nome Completo: BRUNO HENRIQUE VILHALVA DA SILVA ROCHA  
4.03 - NIS: 21047632030                      4.06 - Data de Nascimento: 04/04/2005

4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: NETO(A) OU BISNETO(A)  
4.02 - Nome Completo: ANA CLARA VILHALVA DA SILVA ROCHA  
4.03 - NIS: 21264106965                      4.06 - Data de Nascimento: 13/11/2006

*Angela - ms 28/04/21*

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

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)



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS  
Secretaria Municipal de Saúde

# RECEITUÁRIO

Carimbo Local  
Atendimento

Nome: Amgelo Vilhelvo do Silvo

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Relatório médico

Paciente el queda de lambelgo intenso, de caráter crônico, el Inno diocõe pl mmii e piore após etiui de des físicos. Exames el elenciaram espan dila diseo- antropia lambon difuse e estreito- munto dos paramus, Interventabrais. Aguerdo por fisioterapia motor. CID: m54.13

03103/21

Assinatura do Profissional  
(CARIMBO CONTENDO O NOME COMPLETO E REGISTRO NO CONSELHO)

**D. Nasser Haddad**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 8207 RQE 6558 EOT 16547



**Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão**

**CPF:** 436.674.061-34

**Requerente:** ANGELA VILHALVA DA SILVA

**Data de Entrada do Requerimento:** 16/08/2021 17:30

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

**Data da última atualização no CadÚnico:** 06/03/2020

<b>CPF</b>	<b>Nome do Familiar</b>	<b>Grau de Parentesco</b>	<b>Estado Civil</b>
436.674.061-34	ANGELA VILHALVA DA SILVA	Requerente	Casado
086.292.141-47	BRUNO HENRIQUE VILHALVA DA SILVA ROCHA	Menor Tutelado	Solteiro
086.291.971-10	ANA CLARA VILHALVA DA SILVA ROCHA	Menor Tutelado	Solteiro
174.700.481-20	IRAEOLIVEIRA DA SILVA	Cônjuge	Casado

Despacho (171233521)

Enviado em 16/08/2021 17:31

229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1715226512 - data e hora da solicitação: 16/08/2021 17:31 - data e hora agendada: 07/10/2021 09:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (171233694)

Enviado em 16/08/2021 17:31

229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 56005407 - data e hora da solicitação: 16/08/2021 17:31  
- data e hora agendada: 23/08/2021 15:40 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
DOURADOS)



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

### TERMO DE REPRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A INFORMAÇÕES PREVIDENCIÁRIAS

Eu, ANGELA VILHALVA DA SILVA, inscrito (a) no CPF nº 436.674.061-34, RG nº 814102, residente e domiciliado (a) em, RUA MANOEL ALVES VEDOVATO 48 no Município de DOURADOS, CEP 79822380, representado pelo advogado LUIS HENRIQUE MIRANDA, CPF nº 049.580.059-78, OAB Nº 14.809, NIT nº, CONFIRO PODERES ESPECÍFICOS para me representar perante o INSS na solicitação do serviço ou benefício abaixo indicado e AUTORIZO o (a) referido (a) profissional a ter acesso apenas às informações pessoais necessárias a subsidiar o requerimento eletrônico do serviço ou benefício abaixo elencado:

- I.  Aposentadoria por Idade  urbana  rural
- II.  Aposentadoria por Tempo de Contribuição
- III.  Aposentadoria Especial
- IV.  Pensão por Morte Previdenciária  urbana  rural
- V.  Auxílio-Reclusão  urbano  rural
- VI.  Salário Maternidade  urbano  rural
- VII.  Atualização cadastral

Podendo, para tanto, praticar os atos necessários ao cumprimento deste mandato, em especial, prestar informações, acompanhar requerimentos, cumprir exigências, ter vistas e tomar ciência de decisões sobre processos de requerimento de benefícios operacionalizados pelo Instituto.

DOURADOS MS

, 16 / 08 / 20

*Angela Vilhalva da Silva*

Assinatura do (a) Representado (a)

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Por este Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular esta Procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado / pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente de 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 arts. 171 e 299, ambos do Código Penal.

DOURADOS MS

, 16 / 08 / 20

*[Assinatura]*

Assinatura do (a) Procurador (a)

### CÓDIGO PENAL

Art. 171. Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou manter 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.

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  
28/01/1986

RG  
8.928.695 5 - SSP/PR

CPF  
049.580.059-78

QUADOR DE OBRIG. E TÉCNICO  
SIM

VIA EXPEDIDO EM  
01 20/04/2011

*Leonardo Avelino Duarte*  
LEONARDO AVELINO DUARTE  
PRESIDENTE

Despacho (171236550)

Enviado em 16/08/2021 17:42

229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

ANGELA VILHALVA DA SILVA (CPF 436.674.061-34) adicionou LUIS HENRIQUE MIRANDA (CPF 049.580.059-78) como procurador(a) do processo pelo canal Central de Serviços - Internet.



Despacho (184345785)

Enviado em 07/10/2021 09:53

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO  
131969601 - Avaliação Social BPC/LOAS - Inicial (presencial) (Subtarefa)

---

Ref.: 87/7104029649Int.: ANGELA VILHALVA DA SILVAAss.: Conclusão da Avaliação SocialPrezado(a) ANGELA VILHALVA DA SILVA,Nessa data, foi concluída a Avaliação Social do pedido de Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC/Loas).Atenciosamente,Marcia Castro AndreoAssistente SocialSIAPE 1707585CRESS 2625

Despacho (190516044)

Enviado em 04/11/2021 23:15

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO  
747034120 - Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)

---

Transferência para análise pela filial regional.

Despacho (195156493)

Enviado em 24/11/2021 22:14

Unidade: 231509 - DIVISÃO DE ATENDIMENTO

747034120 - Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)

---

Tarefa transferida para a unidade de análise de tarefas da Superintendencia regional norte centro oeste

Despacho (195158030)

Enviado em 24/11/2021 22:17

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO  
229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Tarefa transferida para a unidade de análise de tarefas da Superintendencia regional norte centro oeste

Despacho (195507356)

Enviado em 25/11/2021 21:08

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV  
229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Tarefa transferida para a Central Especializada de Análise de Benefícios da Superintendência Regional Norte/Centro Oeste. Análise sendo realizada na Subtarefa.



## INSS

### CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

#### Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

20/01/2022 12:14:07

#### Identificação do Filiado

**Nit:** 1.138.350.711-7

**Nome:** ANGELA VILHALVA DA SILVA

**CPF:** 436.674.061-34

**Nome da Mãe:** EVA VILHALVA RAMOS

**Data de Nascimento:** 04/08/1959

#### Relações Previdenciárias

Índice	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Ult. Remun.	Tipo Vínculo	Indicadores
1	1.263.301.938-4	194.021.865-6	BENEFÍCIO				Benefício	
2	1.138.350.711-7		EMPREGADO DOMÉSTICO	01/07/1995	31/07/1995		Empregado	
3	1.138.350.711-7		EMPREGADO DOMÉSTICO	01/03/1996	30/06/1996		Empregado	
4	1.263.301.938-4	01.079.164/0001-19	PERFORMANCE ACADEMIA LTDA	02/06/1997	19/01/1998	01/1998	Empregado	
5	1.263.301.938-4	03.148.547/0008-01	EVORA COMERCIAL DE GENEROS ALIMENTICIOS S/A	15/01/2002	13/04/2002	04/2002	Empregado	
6	1.263.301.938-4	03.148.547/0008-01	EVORA COMERCIAL DE GENEROS ALIMENTICIOS S/A	18/11/2003		11/2003	Empregado	
7	1.138.350.711-7		EMPREGADO DOMÉSTICO	01/03/2005	31/07/2006		Empregado	
8	1.138.350.711-7		CONTRIBUINTE INDIVIDUAL	01/02/2020	29/02/2020		Contribuinte	

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



## INSS

### CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

#### Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

20/01/2022 12:15:37

#### Identificação do Filiado

**Nit:** 1.152.429.693-1

**Nome:** IRAEL OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 174.700.481-20

**Nome da Mãe:** DILCE OLIVEIRA DA SILVA

**Data de Nascimento:** 04/02/1958

#### Relações Previdenciárias

Índice	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Ult. Remun.	Tipo Vínculo	Indicadores
1	1.152.429.693-1	92.369.740-3	BENEFÍCIO	01/12/1977			Benefício	

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



Bases Governamentais - Painel do Cidadão - CadÚnico - Código Familiar: 4306324605

Dados do Filiado				
Nome	Data de Nascimento	CPF	NIT	
ANGELA VILHALVA DA SILVA	04/08/1959	43667406134	11383507117	
Dados da Família no CadÚnico				
Data da Inclusão da Família	Data de Atualização	Renda Per Capita	Renda Familiar	
14/07/2015	06/03/2020	250,00	998,00	
Endereço				
ZONA RURAL ACAMPAMENTO JOSE BARBOSA III, SN, BR 463 KM 8, 79849899				
Membros				
Nome da Pessoa	NIS	Parentesco	Estado Cadastral	
ANGELA VILHALVA DA SILVA	12633019384	Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF	Cadastrado	
BRUNO HENRIQUE VILHALVA DA SILVA ROCHA	21047632030	Neto(a) ou bisneto(a)	Cadastrado	
IRAEOL OLIVEIRA DA SILVA	23715107355	Cônjuge ou companheiro(a)	Cadastrado	
ANA CLARA VILHALVA DA SILVA ROCHA	21264106965	Neto(a) ou bisneto(a)	Cadastrado	
Dados da Pessoa no CadÚnico				
Nome	NIS	Estado Cadastral	Data de Cadastro no CadÚnico	Sexo
ANGELA VILHALVA DA SILVA	12633019384	Cadastrado	14/07/2015	Feminino
CPF	Título de Eleitor	Parentesco	Data de Nascimento	Nome da Mãe
43667406134	1910671910	Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF	04/08/1959	EVA VILHALVA RAMOS
Data da carga no CNIS	Data da Última Alteração		Data de Exclusão do Grupo	
09/01/2022				
No mês passado recebeu remuneração de trabalho?				
Não recebeu				
Quanto recebe, normalmente, por mês de:				
1 - Ajuda/doação regular de não morador		Não recebeu		
2 - Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS		Não recebeu		
3 - Seguro-desemprego		Não recebeu		
4 - Pensão alimentícia		Não recebeu		



Dados da Pessoa no CadÚnico				
Nome	NIS	Estado Cadastral	Data de Cadastro no CadÚnico	Sexo
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares		Não recebeu		
<b>Total Renda</b>				
<b>0,00</b>				



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

**Dados Básicos**

**NIT:** 1138350711-7  
**Data de Cadastramento:** 25/07/1995  
**Nome:** ANGELA VILHALVA DA SILVA  
**Data de Nascimento:** 04/08/1959  
**Nome da mãe:** EVA VILHALVA RAMOS  
**CPF:** 43667406134

**Dados Complementares**

**Nome do pai:** EUZEBIO ALVES  
**Sexo:** FEMININO  
**Estado Civil:** CASADO(A)  
**Grau de Instrução:** FUNDAMENTAL INCOMPL.  
**Cor/Raça:** NÃO DECLARADA  
**Nacionalidade:** BRASILEIRA  
**País de Origem:** BRASIL  
**Data de chegada ao país:**  
**UF de nascimento:** MS  
**Município de nascimento:** DOURADOS  
**Identidade:** 814102 , Órgão expedidor: SSP , UF: MS, Data exp.: 08/09/1994  
**CTPS:** 71730 , série: 7, UF: MS, Data exp.:  
**Título de eleitor:** 001910671910, Data exp.:  
**CNH:**  
**Documento Estrangeiro:**  
**Carteira de Marítimo:**  
**Passaporte:**  
**Dados da Certidão:** Tipo: Não Informado, UF: , Município: , Cartório: , Livro: B22, Folhas: 025, Termo: 325,  
Data do evento: , Data do Registro:  
**Data de Óbito:**

**Endereço principal**

RUA MANOEL ALVES VEDOVATO, 48 - - JARDIM NOVO HORIZONTE - DOURADOS - MS - 79822380

**Dados de Contato**

**Telefone para contato 1:**  
**Telefone para contato 2:** 55 (67) (999055907)  
**Celular:** 55 67 999609420  
**Email:** luishenrique\_adv@yahoo.com.br

Despacho (205644445)

Enviado em 20/01/2022 12:36

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV 747034120 - Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)

---

Prezado(a) Senhor(a), Para dar andamento ao processo 747034120, solicitamos o envio eletrônico dos documentos descritos abaixo: Apresentação de documentos/ACP – Ação Civil Pública 5044874-22.2013.404.7100/RS

1- Considerando o disposto na ACP – Ação Civil Pública em tela, no caso da renda igual ou superiora  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, será facultado ao requerente apresentar documentos de "despesas (recibo, nota fiscal, outros) que decorram diretamente da deficiência, incapacidade ou idade avançada, com medicamentos, alimentação especial, fraldas descartáveis e consultas na área de saúde"

2- "As despesas deverão comprovadamente ser requeridas e negadas pelo Estado", ou seja, o requerente deverá apresentar documento declaratório de Órgão da Rede Pública de Saúde de pseudomicílio, de que o mesmo não tem como atender aos requerimentos dos itens acima citados. O cumprimento de exigência por meio eletrônico é feito diretamente pelo aplicativo ou site do Meu INSS. Basta digitalizar ou fotografar os documentos originais e anexá-los ao processo. A digitalização ou foto deve ser colorida e legível, permitindo a correta visualização de todo o documento, inclusive o verso, se for o caso. Após digitalizados/fotografados e salvos, siga os passos abaixo para anexar no aplicativo ou pelo site MEU INSS: 1. Faça login no MEU INSS; 2. Clique na opção Cumprimento de Exigência; 3. Selecione o requerimento desejado clicando em cima dele; 4. Clique no botão "Anexar arquivo", depois em "Anexar" e selecione os arquivos que deseja anexar; 5. Clique em "Confirmar"; 6. Escreva um comentário no campo "Responda Aqui"; 7. Clique em Enviar. Saiba mais utilizando o link:

<https://www.youtube.com/watch?v=We1vdKP-dB8> Se preferir, agende o serviço "Cumprimento de Exigência" para apresentar os documentos em uma Agência da Previdência Social. O agendamento poderá ser feito pelo Meu INSS ([meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br)) ou Central 135 de segunda a sábado, das 7h às 22h (horário de Brasília). O não atendimento desta exigência ou a ausência de manifestação até o dia 21/02/2022 (30 dias de prazo) poderá acarretar desistência do processo, o que não prejudica a apresentação de novo requerimento pelo interessado, conforme disposto no §9º do art. 678 da IN nº 77, de 2015.

Despacho (205644447)

Enviado em 20/01/2022 12:36

Unidade: 23001890 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAP SR-V

229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Prezado(a) Senhor(a), Para dar andamento ao processo 747034120, solicitamos o envio eletrônico dos documentos descritos abaixo: Apresentação de documentos/ACP – Ação Civil Pública 5044874-22.2013.404.7100/RS

1- Considerando o disposto na ACP – Ação Civil Pública em tela, no caso da renda igual ou superiora  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, será facultado ao requerente apresentar documentos de "despesas (recibo, nota fiscal, outros) que decorram diretamente da deficiência, incapacidade ou idade avançada, com medicamentos, alimentação especial, fraldas descartáveis e consultas na área de saúde"

2- "As despesas deverão comprovadamente ser requeridas e negadas pelo Estado", ou seja, o requerente deverá apresentar documento declaratório de Órgão da Rede Pública de Saúde de pseudomicílio, de que o mesmo não tem como atender aos requerimentos dos itens acima citados. O cumprimento de exigência por meio eletrônico é feito diretamente pelo aplicativo ou site do Meu INSS. Basta digitalizar ou fotografar os documentos originais e anexá-los ao processo. A digitalização ou foto deve ser colorida e legível, permitindo a correta visualização de todo o documento, inclusive o verso, se for o caso. Após digitalizados/fotografados e salvos, siga os passos abaixo para anexar no aplicativo ou pelo site MEU INSS: 1. Faça login no MEU INSS; 2. Clique na opção Cumprimento de Exigência; 3. Selecione o requerimento desejado clicando em cima dele; 4. Clique no botão "Anexar arquivo", depois em "Anexar" e selecione os arquivos que deseja anexar; 5. Clique em "Confirmar"; 6. Escreva um comentário no campo "Responda Aqui"; 7. Clique em Enviar. Saiba mais utilizando o link:

<https://www.youtube.com/watch?v=We1vdKP-dB8> Se preferir, agende o serviço "Cumprimento de Exigência" para apresentar os documentos em uma Agência da Previdência Social. O agendamento poderá ser feito pelo Meu INSS ([meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br)) ou Central 135 de segunda a sábado, das 7h às 22h (horário de Brasília). O não atendimento desta exigência ou a ausência de manifestação até o dia 21/02/2022 (30 dias de prazo) poderá acarretar desistência do processo, o que não prejudica a apresentação de novo requerimento pelo interessado, conforme disposto no §9º do art. 678 da IN nº 77, de 2015.

Despacho (209282442)

Enviado em 07/02/2022 13:41

229290918 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Senhor Analista segue anexo despesas,

 <b>Dourados Alimentos</b> 99907-9947 3425-3793	<b>Dourados Alimentos</b> Cesta Básica Vendemos a prazo ENTREGAMOS EM DOMICÍLIO
<b>RECIBO</b>	Nº 1551

Data Pagto.	05 / 04 / 20 21
Valor Pago	190,00
Nome Cliente	Angela Villalva
Código Cliente	Da Silva
Saldo Devedor	190,00
Data Retorno	05 / 05 / 20 21
Cód. Vendedor	Edm

 <b>IMPÉRIO CESTA BÁSICA</b>	 <b>ACEITAMOS CHAMADA A COBRAR</b> 99607-4014 Dourados-MS
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>RECIBO</b>	Nº 01468
---------------	----------

Data Pagto:	17 / 01 / 20 22
Valor Pago:	100,00
Nome Cliente:	IRACEL
Código Cliente:	
Saldo Devedor:	170,00
Data Retorno:	05/02
Cód. Vendedor:	



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS/MS

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

Nome: Amélia Dillholha da Silva

Endereço: \_\_\_\_\_

uso Oral

① Lorazepam potássica 50mg — 120cp  
1cp 12/12 horas

② Espironolactona 25mg — 60cp  
1cp pela manhã

③ Clonidina 0,1mg — 120cp  
1cp de 12/12 horas

④ metoprolol 50mg — 60cp  
1cp pela manhã

28/09/21

Dr. Marcello Catelan  
MÉDICO  
CRM-MS 10.584

**ASSINATURA DO MÉDICO  
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CRM)**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Coronel Ponciano, 900 – Pq. dos Jequitibás  
CEP: 79839-600  
Fone: (67) 3410-5500

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS  
Rua Coronel Ponciano, 1700 – Pq. dos Jequitibás  
CEP: 79804-220 – [WWW.DOURADOS.MS.GOV.BR](http://WWW.DOURADOS.MS.GOV.BR)  
Fone: (67) 3411-7122

**RECEITUÁRIO**

1ª VIA - RETENÇÃO NA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

**EMITENTE**

Maria Jurema Ferreira Azambuja (CRM - MS 9515)  
Rua Projetada L, S/n - Parque do Lago II - Dourados/MS  
67 3426-9455

**CIDADÃO**

ANGELA VILHALVA DA SILVA - 706207522638668  
Nh 10, 48 - Jardim Novo Horizonte - Dourados/MS

**MEDICAMENTOS**

1. Losartana Potássica 50 mg - *uso contínuo*

30 comprimidos  
Comprimido

1 cp • A cada 24 horas • Oral  
Período indeterminado

2. Metoprolol, Succinato 50 mg - *uso contínuo*

30 comprimidos  
Comprimido de liberação  
prolongada

1 cp • A cada 24 horas • Oral  
Período indeterminado  
Recomendações:

**SOLOZOK**

3. Clonidina, Cloridrato 0,1 mg - *uso contínuo*

60 comprimidos  
Comprimido

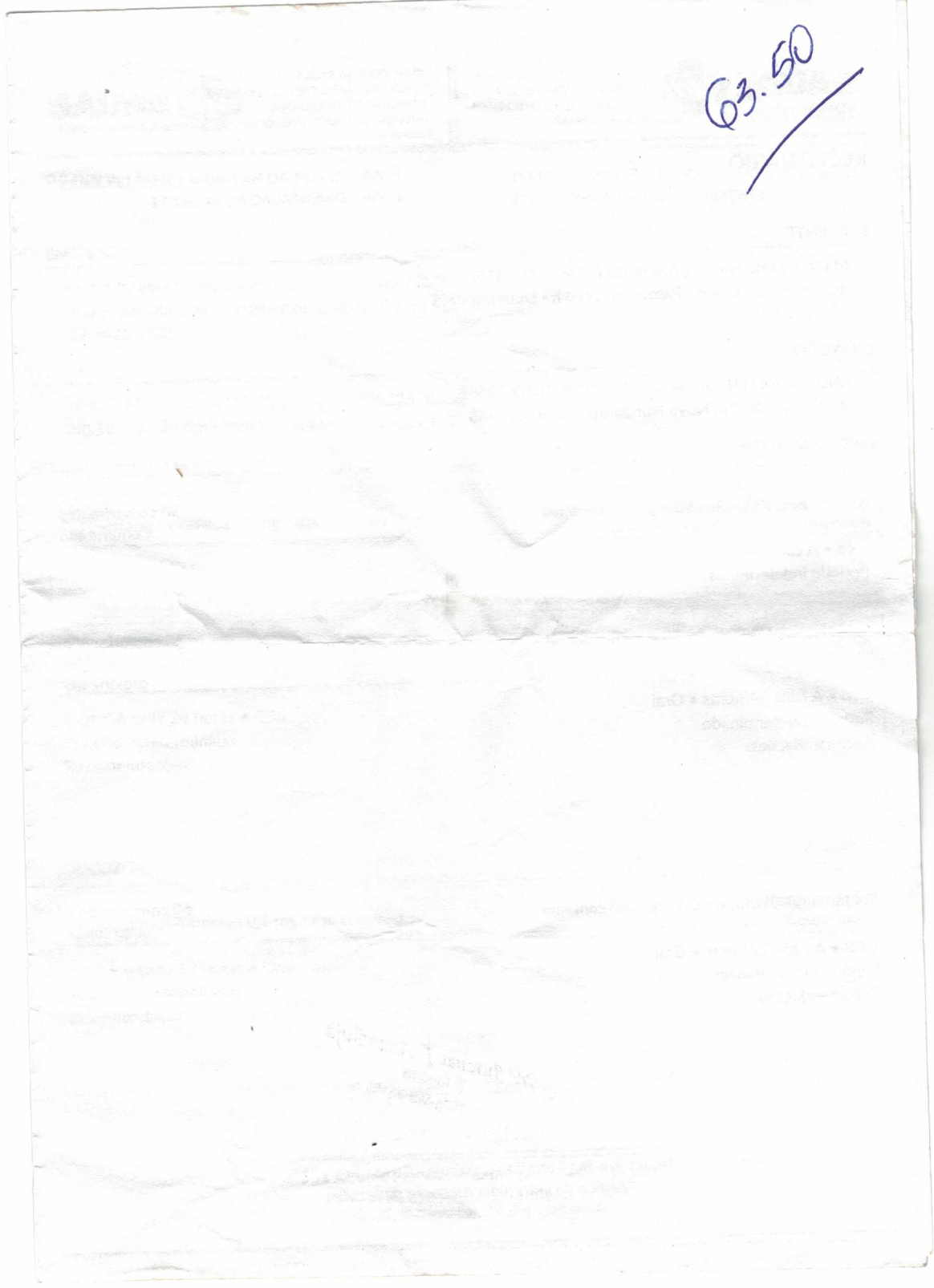
1 CP • A cada 12 horas • Oral  
Período indeterminado  
Recomendações:

*M<sup>ª</sup> Jurema F. Azambuja*  
Médica  
CRM-MS 9515

Maria Jurema Ferreira Azambuja - CRM - MS 9515  
Médico da estratégia de saúde da família  
Dourados - MS, 21 de janeiro de 2021



03.50



		21 DE Maio		DE 21	
O Sr.	Lindara Marques				Nº 665
END.	Nova Horizonte				TEL./FAX:
CNPJ.					INSCR.
	1 Gás Super Gás				
	Entregue				
	M Gas				
		1ª VIA	TOTAL →	85,00	

**MAXIPOPULAR DOURADOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
 CNPJ: 12.550.675/0012-46  
 RUA LINDALVA MARQUES FERREIRA, 1290, JD. NOVO HORIZONTE  
 - DOURADOS

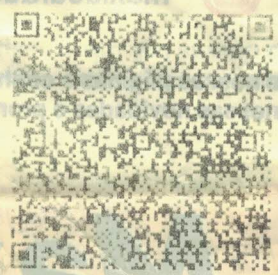
Documento Auxiliar da Nota Fiscal de  
 Consumidor Eletrônica  
 Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Desc	Qtdde	UN	VI Unit	VI Total	Descto	VI Liq
7896026300162	ATENSINA 0,100MG 30CP	1	UN	8,41	8,41	-2,01	6,40
7896004708959	ESPIRONOLACTONA 25 MG C/ 30 CP(GER)	1	UN	23,43	23,43	-11,71	11,72
7896004706795	LOSARTANA POTASSICA 50MG 30CP(EMS)	1	UN	16,40	16,40	-6,56	9,84
7896004706795	LOSARTANA POTASSICA 50MG 30CP(EMS)	1	UN	16,40	16,40	-6,56	9,84
7896206402860	SELOZOK 50MG 30CP	1	UN	65,36	65,36	-18,31	47,05
<b>Qtde. total de itens</b>							<b>5</b>
<b>Valor Total R\$</b>							<b>130,00</b>
<b>Desconto(s) R\$</b>							<b>-45,15</b>
<b>VALOR A PAGAR R\$</b>							<b>84,85</b>

**FORMA PAGAMENTO** VALOR PAGO R\$  
 Cartão de Débito 84,85  
 Troco R\$ 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.dfe.ms.gov.br/nfce/consulta](http://www.dfe.ms.gov.br/nfce/consulta)  
 021 0612 5506 7500 1248 6500 1000 2250 7116 2922 3712

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
 NFC-e nº 225071 Série 001 06/06/2021 13:06  
 Protocolo de autorização: 150 2101510580 98  
 Data de autorização: 06/06/2021 13:06



COO da Venda: 018595  
 PV000399431 Atendente: 351  
 Caixa: 3 Operador: 351  
 Trib aprox: R\$1,21 Federal, R\$1,53 Estadual  
 e R\$0,00 Municipal  
 Fonte: IBPT/empresometro.com.br 58217A  
 Você economizou R\$12,05 (57,27%)

**MAXIPOPULAR DOURADOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**  
 CNPJ: 12.550.675/0003-55  
 AV. MARCELINO PIRES, 2361, CENTRO - DOURADOS

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de  
 Consumidor Eletrônica  
 Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Desc	Qtdde	UN	VI Unit	VI Total	Descto	VI Liq
7896026300162	ATENSINA 0,100MG 30CP	1	UN	8,41	8,41	-2,01	6,40
7896004708959	ESPIRONOLACTONA 25 MG C/ 30 CP(GER)	1	UN	23,43	23,43	-11,71	11,72
7896004706795	LOSARTANA POTASSICA 50MG 30CP(EMS)	1	UN	16,40	16,40	-6,56	9,84
7896004706795	LOSARTANA POTASSICA 50MG 30CP(EMS)	1	UN	16,40	16,40	-6,56	9,84
7896206402860	SELOZOK 50MG 30CP	1	UN	65,36	65,36	-18,31	47,05
<b>Qtde. total de itens</b>							<b>5</b>
<b>Valor Total R\$</b>							<b>130,00</b>
<b>Desconto(s) R\$</b>							<b>-45,15</b>
<b>VALOR A PAGAR R\$</b>							<b>84,85</b>

**FORMA PAGAMENTO** VALOR PAGO R\$  
 Cartão de Débito 84,85  
 Troco R\$ 0,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.dfe.ms.gov.br/nfce/consulta](http://www.dfe.ms.gov.br/nfce/consulta)  
 5022 0112 5506 7500 0355 6500 1000 3714 5515 3673 2198

CONSUMIDOR - CPF 436.674.061-34  
 ANGELA VILHALVA DA SILVA  
 NFC-e nº 371455 Série 001 27/01/2022 11:09  
 Protocolo de autorização: 150 2200262657 97  
 Data de autorização: 27/01/2022 11:09

NOTA MS PREMIADA  
 DEZENAS: ( 05 20 22 25 31 34 46 57 )  
[www.notamspremiada.ms.gov.br](http://www.notamspremiada.ms.gov.br)



COO da Venda: 025670  
 PV0001592433 Atendente: 249  
 Caixa: 3 Operador: 249  
 Trib aprox: R\$11,41 Federal, R\$10,18 Estadual  
 e R\$0,00 Municipal  
 Fonte: IBPT/empresometro.com.br 41C617  
 Você economizou R\$45,15 (34,73%)

Despacho (223400838)

Enviado em 05/04/2022 15:09

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV  
747034120 - Acerto para Integração - SIBE (Subtarefa)

---

Tarefa concluída automaticamente em decorrência de atualização do requerimento

Despacho (223400839)

Enviado em 05/04/2022 15:09

Unidade: 23001890 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAP SR-V

89185708 - Acertos para análise (Subtarefa)

---

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**Avaliação Conjunta**

Benefício: 710.402.964-9

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

**TITULAR**

<b>Nome:</b>	ANGELA VILHALVA DA SILVA		
<b>NIT:</b>	1.138.350.711-7	<b>CPF:</b>	436.674.061-34
<b>Data de nascimento:</b>	04/08/1959	<b>RG:</b>	814102
<b>Sexo:</b>	FEMININO	<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)
<b>Escolaridade:</b>	ANTIGO PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO		
<b>Local Moradia:</b>	Vive em residência	<b>Telefone:</b>	67 999609420
<b>Endereço:</b>	R MANOEL ALVES VEDOVATO, 48 - JARDIM NOVO HORIZONTE - DOURADOS/MS		
<b>Tipo Representante Legal:</b>	-		
<b>Nome Representante Legal:</b>	-		

**BENEFÍCIO**

<b>GEX:</b>	08001 - GERÊNCIA EXECUTIVA GOIÂNIA
<b>APS requerimento:</b>	08001030 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL GOIÂNIA - CENTRO
<b>APS concessora:</b>	08001030 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL GOIÂNIA - CENTRO
<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	07/10/2021	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	
1707585	2625	

Dados da Avaliação Médico Pericial		
Situação	Data da Avaliação	
Concluído com Sucesso	22/08/2021	
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS		
SIAPE do Perito	CRM	CADMED
1466598	0	601020
Indicador de Impedimento de Longo Prazo	Indicador de Agravante de Funções do Corpo	Indicador de Prognóstico Desfavorável
Sim	Não	Não

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

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

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

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

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

Despacho (223400835)

Enviado em 05/04/2022 15:09

229290918 - 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 16/08/2021, nº 710.402.964-9, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício. O indeferimento do BPC pode ocorrer por mais de um motivo, conforme o caso concreto. Em relação ao seu requerimento, o indeferimento do seu pedido se deu pelo(s) seguinte(s) motivo(s): Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS. Comunicamos que os agendamentos pendentes, vinculados a este pedido, serão automaticamente cancelados. Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos do Seguro Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 36, §1º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS ([meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br)) ou pela Central 135.

# **Anexos de Perícias Médicas**





PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1337394185

Data de entrada: 17/08/2021 - 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> 17/08/2021 04:45	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Intranet
	<b>Última atualização</b> 23/08/2021 16:32	

**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
436.674.061-34	ANGELA VILHALVA DA SILVA	04/08/1959	EVA VILHALVA RAMOS

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

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

**Anexos**

A tarefa não possui anexos.

Comentário (2836689)

Enviado em 23/08/2021 16:32

Unidade: 01400 - Subsecretaria da Perícia Médica Federal

1337394185 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

---

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia