



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
GET - Gerenciador de Tarefas
Informações da Tarefa

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1877065940

Data de entrada: 24/04/2020 - Central de Serviços -

Dados Básicos

Serviço Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade de Protocolo AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV	Data de entrada do requerimento 24/04/2020 10:19 Última atualização 25/06/2021 12:11	Canal de atendimento Central de Serviços - Internet

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
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?	B) Moro em residência com pessoas da minha família
1) Informe a composição do seu grupo familiar (caso resida com a família):	B) Mãe/madrasta
1) Informe o CPF da pessoa que compõe seu grupo familiar:	05877927108
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
Possui pendências	SIM
Renda menor que um quarto do salário mínimo	NÃO
Quantidade dos membros do grupo familiar	2
Renda per capita do grupo familiar	658.39
Total da renda do grupo familiar	1316.79
NB	705.363.575-0

Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
095.362.731-44	DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES	04/03/2015	SAMARA SABINO FRANCISCO

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?
80131484	Análise.pdf		172,28kB	1780125 - 07/05/2020 10:00	Não
1877065940	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
88875839	CERTIDÃO DE NASCIMENTO.pdf		2,32MB	095.362.731-44 - 16/06/2020 17:31	Não
1877065940	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
88876396	RECEITUARIO 2.pdf		895,16kB	095.362.731-44 - 16/06/2020 17:33	Não
1877065940	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
88876542	RECEITUARIO.pdf		616,18kB	095.362.731-44 - 16/06/2020 17:33	Não
1877065940	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
88876840	RELATORIO MEDICO.pdf		1011,25kB	095.362.731-44 - 16/06/2020 17:34	Não
1877065940	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
183059128	Carta.pdf		69,87kB	1780125 - 25/06/2021 12:11	Não
1877065940	- 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 220324NQVL8001

Despacho (68738029)

Enviado em 30/04/2020 05:25

Unidade: 231509 - DIVISÃO DE ATENDIMENTO

1877065940 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Transferencia de Tarefa para a CEAB RD SR V conforme Resolucao 694 de 8 de agosto de 2019

Despacho (70160342)

Enviado em 06/05/2020 11:32

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1877065940 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Exigência interna do INSS - Requerimento e Documentação sob análise.

Não é necessário qualquer ação do requerente neste momento.

O segurado não deve comparecer a Agência da Previdência Social.

Todas as informações podem ser consultadas pelos canais remotos - preferencialmente pelo Portal MEU INSS.

Despacho (70365879)

Enviado em 07/05/2020 10:00

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1877065940 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Análise inicial realizada.

87/7053635750

--

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS



Identificar Filiado - Consultar Extrato

Dados Cadastrais			
NIT	23859981621	Fonte do NIT	CADSUS
Administrador do NIT	PIS	Fonte Cadastramento	PIS
Ano da administração		Data de Cadastramento	03/04/2019
		Data de Atualização	15/10/2019

Dados Básicos			
Nome	DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES		
Nome da Mãe	SAMARA SABINO FRANCISCO		
Nome do Pai	ELIAS FELIX GONCALVES DE SOUZA		
Sexo	MASCULINO	Estado Civil	SOLTEIRO(A)
		Grau de Instrução	ANALFABETO
Cor/Raça	PARDA	Data Nascimento	04/03/2015
		Data de Óbito	
Nacionalidade	BRASILEIRA	País de Origem	BRASIL
		Data de chegada	
Município de Nascimento	DOURADOS	UF de Nascimento	MS

Documentos	
CPF	09536273144
Identidade	
CTPS	
Título de Eleitor	
CNH	
Doc. Estrangeiro	
Carteira de Marítimo	
Passaporte	
Certidões Cíveis	Tipo:Certidão de Nascimento, UF:MS, Município: DOURADOS, Cartório: 20 TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL, Folha: 217, Livro: A278, Termo: 151088, Data do Evento: 04/03/2015 Data do Registro: 06/03/2015 Data de Emissão de 2ª via: 06/03/2015

Contato	
Endereço principal	Tipo Logradouro:RUA, Logradouro: ALVARO BRANDAO, Número: 2350, Complemento: FUNDOS, Bairro: VILA SAO FRANCISCO, DOURADOS - MS, CEP: 79833260
Endereço Secundário	
Telefone 1	Telefone 2
	Celular 55- (67) 996164354
Email	samara.sabino65@gmail.com

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome



INSS

CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais

Extrato Previdenciário - Portal CNIS

Página 1 de 1

07/05/2020 09:49:15

Identificação do Filiado

Nit: 2.385.998.162-1

CPF: 095.362.731-44

Nome: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES

Data de Nascimento: 04/03/2015

Nome da Mãe: SAMARA SABINO FRANCISCO

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
1	2.385.998.162-1	6289090414	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO			99 - INDEFERIDO

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



Bases Governamentais - Paineis do Cidadão - CADUNICO - Código Familiar: 5753067930

Dados do Filiado			
Nome	Data de Nascimento	CPF	NIT
DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES	04/03/2015	09536273144	23859981621

Dados da Família no CADUNICO			
Data da Inclusão da Família	Data de Atualização	Renda Per Capita	Renda Familiar
03/04/2019	03/04/2019	571,00	1.142,00

Endereço			
VILA SAO FRANCISCO RUA ALVARO BRANDAO, 0000000000002350, FUNDOS, 79833260			

Membros			
Nome da Pessoa	NIS	Parentesco	Estado Cadastral
DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES	23859981621	Filho(a)	Cadastrado
SAMARA SABINO FRANCISCO	21280309727	Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF	Cadastrado

Dados da Pessoa no CADUNICO				
Nome	NIS	Estado Cadastral	Data de Cadastro no CADUNICO	Sexo
DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES	23859981621	Cadastrado	03/04/2019	Masculino

CPF	Título de Eleitor	Parentesco	Data de Nascimento	Nome da Mãe
9536273144		Filho(a)	04/03/2015	SAMARA SABINO FRANCISCO

Data da carga no CNIS	Data da Última Alteração	Data de Exclusão do Grupo
26/04/2020		

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
5 - Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	Não recebeu

Dados da Pessoa no CADUNICO				
Nome	NIS	Estado Cadastral	Data de Cadastro no CADUNICO	Sexo
Total Renda				
0,00				



Instituto Nacional do Seguro Social

Memorando-Circular Conjunto nº 7/DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/INSS, de 17 de fevereiro de 2017
Memorando-Circular Conjunto nº 3/DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/INSS, de 12 de fevereiro de 2017, alterado

Declaração de Renda do Grupo Familiar			
Nome do Requerente: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES			
CPF: 9536273144		Nome Social:	
Renda Mensal do Requerente (Extrair valores do CADUNICO, SUB, CNIS e SD; obter declaração dos valores dedutíveis; e efetuar cálculo da renda)			
Remuneração do Trabalho		Outras Fontes (Valores a serem deduzidos)	
(+) Remuneração bruta do trabalho no último mês	0,00	(-) Pensão especial de natureza indenizatória	0,00
Demais Rendas Contabilizadas		(-) Bolsas de estágio supervisionado	
(+) Ajuda/doação regular de não morador	0,00	(-) Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporários (renda cujo valor, se existir, não deverá ser informado neste formulário porque não está contida no Cadastro Único)	0,00
(+) Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	0,00		
(+) Seguro-desemprego	0,00	(-) Rendimentos decorrentes de contrato de Aprendizagem	0,00
(+) Pensão alimentícia	0,00	(-) Benefícios de natureza de assistência médica (somente valores do Programa "De Volta Para Casa" - Lei 10.708/03)	0,00
(+) Outras fontes de renda exceto bolsa família ou outras redes similares	0,00	(-) Rendas de natureza eventual ou sazonal (desde que se divida por doze, o resultado seja inferior a 1/4 do salário mínimo)	0,00
(+) Subtotal:		(-) Subtotal:	0,00
		Valor Aferido do Titular:	
		0,00	

(1) Renda dos Componentes do Grupo Familiar			
Nome do Membro Familiar: SAMARA SABINO FRANCISCO			
CPF: 5877927108		Nome Social:	
Renda Mensal do Membro Familiar (Extrair valores do CADUNICO, SUB, CNIS e SD; obter declaração dos valores dedutíveis; e efetuar cálculo da renda)			
Remuneração do Trabalho		Outras Fontes (Valores a serem deduzidos)	
(+) Remuneração bruta do trabalho no último mês	1.142,00	(-) Pensão especial de natureza indenizatória	0,00
Demais Rendas Contabilizadas		(-) Bolsas de estágio supervisionado	
(+) Ajuda/doação regular de não morador	0,00	(-) Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporários (renda cujo valor, se existir, não deverá ser informado neste formulário porque não está contida no Cadastro Único)	0,00
(+) Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	0,00		
(+) Seguro-desemprego	0,00	(-) Rendimentos decorrentes de contrato de Aprendizagem	0,00
(+) Pensão alimentícia	0,00	(-) Benefícios de natureza de assistência médica (somente valores do Programa "De Volta Para Casa" - Lei 10.708/03)	0,00
(+) Outras fontes de renda exceto bolsa família ou outras redes similares	0,00	(-) Rendas de natureza eventual ou sazonal (desde que se divida por doze, o resultado seja inferior a 1/4 do salário mínimo)	0,00
		(-) Benefício de Prestação Continuada de idoso - BPC/LOAS - espécie 88 (quando o requerente for idoso)	0,00
(+) Subtotal:		(-) Subtotal:	0,00
		Valor Aferido do Componente do Grupo Familiar:	
		1.142,00	

- [] Ratifico as informações declaradas pelo Responsável pela Unidade Familiar - RF no Cadastro Único.
[] Não ratifico as informações declaradas pelo Responsável pela Unidade Familiar - RF no Cadastro Único.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

Preencher quando o Requerente for o Representante Legal	
Tipo de Representante:	
Nome:	DN:
CPF:	E-mail:
Sexo:	Endereço:
Complemento:	Bairro:
Município:	UF: CEP:
Resumo do Cálculo de Renda Per Capita Familiar	
Quantidade de Componentes do Grupo Familiar:	2
Renda Total do Grupo Familiar:	1.142,00
Renda Per Capita do Grupo Familiar:	571,00



Identificar Filiado - Consultar Extrato

Dados Cadastrais			
NIT	21280309727	Fonte do NIT	CADSUS
Administrador do NIT	PIS	Fonte Cadastramento	PIS
Ano da administração		Data de Cadastramento	26/11/2013
		Data de Atualização	31/07/2019

Dados Básicos			
Nome	SAMARA SABINO FRANCISCO		
Nome da Mãe	ROSELI NEVES SABINO		
Nome do Pai	CRISPIM LUIZ FRANCISCO		
Sexo	FEMININO	Estado Civil	CASADO(A)
		Grau de Instrução	ENS. MEDIO COMPLETO
Cor/Raça	PARDA	Data Nascimento	02/08/1993
		Data de Óbito	
Nacionalidade	BRASILEIRA	País de Origem	BRASIL
		Data de chegada	
Município de Nascimento	CAMAPUA	UF de Nascimento	MS

Documentos	
CPF	05877927108
Identidade	Número: 1962329 Orgão Emissor: SSP UF: MS Data de Emissão: 07/12/2010
CTPS	Número: 5225412 Série: 40 UF: MS Data de Emissão: 18/06/2015
Título de Eleitor	Número: 24391931902 Data de Emissão:
CNH	
Doc. Estrangeiro	
Carteira de Marítimo	
Passaporte	
Certidões Cíveis	

Contato	
Endereço principal	Tipo Logradouro: RUA, Logradouro: ALVARO BRANDAO , Número: 2350, Complemento: FUNDOS, Bairro: VILA SAO FRANCISCO, DOURADOS - MS, CEP: 79833260
Endereço Secundário	
Telefone 1	Telefone 2
	Celular 55- (67) 996164354
Email	

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome



INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

07/05/2020 09:51:02

Identificação do Filiado

Nit: 2.128.030.972-7 **CPF:** 058.779.271-08 **Nome:** SAMARA SABINO FRANCISCO
Data de Nascimento: 02/08/1993 **Nome da Mãe:** ROSELI NEVES SABINO

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	2.128.030.972-7	13.554.411/0001-70	MAGALI PAES DORADO 75904977115	Empregado	06/08/2014	09/10/2017	10/2017	
2	2.128.030.972-7	02.914.460	SEARA ALIMENTOS LTDA	Empregado	21/05/2018		04/2020	IREM-INDPEND

Legenda de Indicadores

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IREM-INDPEND	Remunerações com indicadores/pendências		

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

Extrato Previdenciário - CNIS Extrato

07/05/2020 09:51:12

Identificação do Filiado

Nit: 2.128.030.972-7 **Nome:** SAMARA SABINO FRANCISCO
Data de Nascimento: 02/08/1993 **Nome da Mãe:** ROSELI NEVES SABINO

Detalhes do Vínculo

Empregador: SEARA ALIMENTOS LTDA
Código Empregador: 02.914.460
Data de Admissão: 21/05/2018 **Data de Rescisão:**
Tipo de Filiado no Vínculo: Empregado
NIT: 2128030972

Remunerações

Fonte	Competência	Remuneração	Indicadores
GFIP	05/2018	380,79	
eSOCIAL	05/2018	7,23	IREM-ACD
GFIP	06/2018	1.143,22	
eSOCIAL	06/2018	21,72	IREM-ACD
GFIP	07/2018	1.185,09	
eSOCIAL	07/2018	22,51	IREM-ACD
eSOCIAL	08/2018	1.142,37	
eSOCIAL	08/2018	21,70	IREM-ACD
eSOCIAL	09/2018	1.241,04	
GFIP	09/2018	14,63	IREM-ACD
eSOCIAL	10/2018	1.182,91	
eSOCIAL	11/2018	1.174,27	
eSOCIAL	12/2018	1.169,30	
eSOCIAL	01/2019	1.158,80	
eSOCIAL	02/2019	1.176,58	
eSOCIAL	03/2019	1.170,47	
eSOCIAL	04/2019	1.166,53	
eSOCIAL	05/2019	1.175,88	
eSOCIAL	05/2019	59,63	IREM-ACD
eSOCIAL	06/2019	1.170,25	
eSOCIAL	06/2019	59,32	IREM-ACD
eSOCIAL	07/2019	1.228,82	
GFIP	07/2019	118,95	IREM-ACD
eSOCIAL	08/2019	1.355,33	
eSOCIAL	09/2019	1.386,38	
eSOCIAL	10/2019	1.514,36	
eSOCIAL	11/2019	1.598,81	
eSOCIAL	12/2019	1.761,98	
eSOCIAL	01/2020	1.020,96	PREC-MENOR-MIN
eSOCIAL	02/2020	1.518,71	
eSOCIAL	03/2020	1.248,36	
eSOCIAL	04/2020	1.271,61	

Legendas

Legendas

Pendências

PREC-MENOR-Recolhimento abaixo do valor mínimo
MIN

Indicadores

IREM-ACD Remuneração possui parcela de Acordo, Convenção
ou Dissídio Coletivo.

Inclusão de Requerimento - Impressão do Termo

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Número do Benefício: 7053635750

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

APS de concessão: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DE AUTOMATIZAÇÃO DE PROCESSOS

APS de manutenção: 06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS

Informações do Requerimento

Tipo de solicitante: Representante Legal

Nome do solicitante: SAMARA SABINO FRANCISCO

Titular: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES

Ambiente da solicitação: Intranet APS

Data de entrada: 24/04/2020

Tipo de Requerimento: Normal

Servidor: Ronald John Davidson - 1780125

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 DO TITULAR;

- 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.

Impressão Digital

SAMARA SABINO FRANCISCO

Observações

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

Inclusão de Requerimento - Impressão do Termo

- 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.

Despacho (70366506)

Enviado em 07/05/2020 10:02

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1877065940 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Assunto: Benefício Assistencial

Nome: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES, CPF: 095.362.731-44

Prezado(a) Senhor(a),

Enquanto durar a suspensão do atendimento presencial nas agências do INSS decorrente da pandemia de coronavírus (COVID-19), as exigências solicitadas podem ser anexadas ao processo pela plataforma do Meu INSS (gov.br/meuinss) ou por meio de entidades conveniadas (advogados, Sindicato Rural, etc) caso o requerimento tenha sido realizado por intermédio de uma entidade.

Comunicamos que na análise de seu pedido de benefício identificamos que a renda per capita é superior a ¼ (um quarto) do salário-mínimo vigente na data do requerimento, portanto oportunizamos, em atenção a Ação Civil Pública nº 5044874-22.2013.4.04.7100-RS, comprovar pela apresentação de documentos as despesas feitas em razão de sua deficiência, incapacidade ou idade avançada, com:

- a) medicamentos: comprovação de prescrição médica e comprovação do valor mensal gasto;
- b) alimentação especial: comprovação de prescrição médica e comprovação de valor mensal gasto;
- c) fraldas descartáveis: comprovação do valor mensal gasto;
- d) consultas na área de saúde (com profissionais de toda área de saúde): comprovação do valor mensal gasto e além da comprovação das despesas deverá demonstrar, documentalmente, que requereu e teve a prestação negada por órgão da rede pública de saúde com atribuição para fornecimento dos medicamentos, da alimentação especial, das fraldas descartáveis e das consultas na área de saúde, do seu domicílio.

ATENÇÃO: Ressaltamos, que em caso de dúvida quanto ao CadÚnico, procure o CRAS-Centro de Referência de Assistência Social mais próximo da sua residência.

Para realizar a digitalização ou fotografia dos documentos solicitados, informamos que, caso não possua equipamento scanner disponível, poderão ser utilizados aplicativos de celular específicos para digitalização disponíveis gratuitamente para instalação ou fotos em que seja possível uma clara visualização do conteúdo.

Devem ser digitalizados ou fotografados os documentos originais. A digitalização ou foto deve ser colorida e legível, permitindo a correta visualização de todo o documento.

Para um melhor resultado, sugerimos que os documentos sejam colocados em uma superfície plana e bem iluminada para a digitalização ou fotografia.

Após digitalizados e salvos, siga os passos abaixo para anexar no aplicativo ou pelo site MEU INSS:

1 – Acesse o aplicativo MEU INSS ou o site: meu.inss.gov.br.

2 - Clique no ícone: “Agendamentos/Solicitações”.

3 - Localize seu requerimento e clique em “Detalhar Requerimento” (ícone de uma lupa).

4 - Já no processo, localize a opção "Cumprir exigência", realize um comentário e anexe a documentação.

Utilize este link para ver o passo a passo descrito acima:

https://escolapep.inss.gov.br/pluginfile.php/199078/mod_label/intro/tutorialmeuinss04cumprimentoexigencia.mp4

O segurado não deve comparecer a Agência da Previdência Social. Todas as informações podem ser consultadas pelos canais remotos (preferencialmente pelo Portal MEU INSS, e na impossibilidade, pela Central 135).

--



2º Serviço Notarial e Registro Civil

Município e Comarca de Dourados Estado de Mato Grosso do Sul

Rua João Rosa Góes, 710 - Sala 2 - CEP 79804-020 - Dourados-MS
Fone/Fax (67) 3421-5666 E-mail: tabelionatodegani@uol.com.br

Luis Alberto Degani de Oliveira
2º Tabelião

15:30

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

d

NOME:

DAVI MIGUEL SABINO GONÇALVES

MATRÍCULA:

061796 01 55 2015 1 00278 217 0151088 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quatro de Março de Dois Mil e Quinze

DIA / MÊS / ANO

04/03/2015

HORA

16:22 Hrs.

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Dourados/MS

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

DOURADOS-MS

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

ELIAS FELIX GONÇALVES DE SOUZA e SAMARA SABINO FRANCISCO.

AVÓS

JOSÉ ADAILTON DE SOUZA, CIRILA GONÇALVES, CRISPIM LUIZ FRANCISCO e ROSELI NEVES SABINO.

GÊMEO

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Seis de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30-65672234-9

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Nada Consta.

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E DE REGISTRO CIVIL

Luis Alberto Degani de Oliveira

Dourados/MS

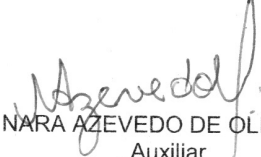
Rua João Rosa Góes, nº 710 Sala 2

Certidão extraída das folhas 217 do livro Nº 278-A

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Data e Local:

Dourados-MS, 06 de março de 2015.


NARA AZEVEDO DE OLIVEIRA
Auxiliar

Selo Digital: AJC39486-079

Consulta Selo Digital – www.tjms.jus.br
NARA



Prefeitura Municipal de Dourados



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo _____

CRM _____ UF _____ No. _____

Endereço Completo e Telefone _____

Cidade: _____ UF: _____

1a. VIA FARMÁCIA

2a. VIA PACIENTE

Paciente: Davi M. Salino

Endereço: _____

Prescrição: Risperidona 1mg/ml — 0,5g

0,5g e a noite

[Assinatura]
Dr. [Assinatura]
Médico da Família e Adolescência
CRM/MS 6603

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

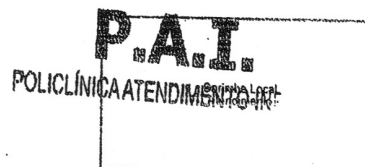
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA / /



PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS
Secretaria Municipal de Saúde

RECEITUÁRIO



Nome: Dani Miguel Gonçalves

CNS: _____

Endereço: _____

PT- 293

Agendado fisioterapia

Terça-feira 26/11/2018 (segunda-feira)

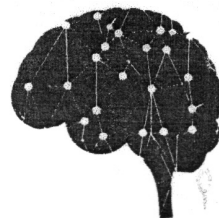
Horário: 16:00h

MARINA P. S. KIPFER
Enfermeira
COREN-MS 108156

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
(CARIMBO CONTENDO NOME COMPLETO E REGISTRO NO CONSELHO)

Dra. Soraia de Freitas Hajj

Neurologista
CRM-MS 9745 / RQE Nº 5507



• Eletroneuromiografia

Relatório médico,

Inferno que o paciente Daniel Miguel Sabino Gonçalves, 3 anos, apresenta atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, ainda sem diagnóstico concluído, sendo possível, entre eles transtornos do Espectro Autista ou Atraso Cognitivo.

Tais diagnósticos justificam as alterações comportamentais e a dificuldade de adaptação em contexto social, tanto quanto os problemas de linguagem.

Foram solicitados exames complementares e iniciado terapia sintomática.

12/09/18

Dra. Soraia de Freitas Hajj
Neurologista
CRM/MS 9745

Despacho (80966644)

Enviado em 02/07/2020 19:42

Unidade: 01500021 - DIVISÃO DE PROCEDIMENTOS DOS SERVIÇOS DE CADASTRO E RECONHECIMENTO DE DIREITOS
1392660765 - Antecipação de benefício assistencial (B16) (Subtarefa)

Requerimento de antecipação de BPC encaminhado para análise pelas unidades descentralizadas. Cidadão, aguarde a conclusão da análise, não é necessário entrar em contato com o INSS neste momento.

Despacho (81351483)

Enviado em 06/07/2020 14:19

1392660765 - Antecipação de benefício assistencial (B16) (Subtarefa)

Prezado(a) Sr.(a),

Informamos que foi CONCEDIDA a antecipação do valor de R\$ 600,00 para os requerentes do benefício de prestação continuada à pessoa com deficiência, de que trata o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, durante o período de até 3 (três) meses, a contar da publicação da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020.

Após a concessão do Benefício Assistencial ao Portador de Deficiência, será descontado o valor já recebido e paga a diferença. Para mais informações, acesse o Meu INSS ou ligue 135.

Despacho (81352009)

Enviado em 06/07/2020 14:22

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1392660765 - Antecipação de benefício assistencial (B16) (Subtarefa)

Prezado(a) Sr.(a), Nome: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES, CPF: 095.362.731-44

Informamos que foi CONCEDIDA a antecipação do valor de R\$ 600,00 para os requerentes do benefício de prestação continuada à pessoa com deficiência, de que trata o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, durante o período de até 3 (três) meses, a contar da publicação da Lei nº 13.982, de 2 de abril de 2020.

Após a concessão do Benefício Assistencial ao Portador de Deficiência, será descontado o valor já recebido e paga a diferença.

Para mais informações, acesse o Meu INSS ou ligue 135.

Despacho (158857235)

Enviado em 25/06/2021 12:11

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1877065940 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, em 25/06/2021.

Ref.: 87/ 7053635750Int.: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVESAss.: Indeferimento do benefício

1. Trata-se de Benefício de Prestação Continuada à Pessoa Com Deficiência indeferido em razão da renda per capita ser maior ou igual a 1/4 do salário-mínimo vigente da data de entrada do requerimento (DER), conforme inciso VI do artigo 4º do Decreto 6.214/07.2. As pessoas elencadas no requerimento do benefício e constantes do CADUNICO como integrantes do grupo familiar foram consideradas para a contagem da renda do grupo familiar em virtude do parentesco estar definido no inciso V do artigo 4º do Decreto 6.214/07.3.

Na data de entrada do requerimento (DER) a renda per capita é maior que o permitido pelo Artigo 20, parágrafos 1º e 3º, da Lei 8.742/93 de 07 de dezembro de 1993, e pelo artigo 9º, inciso II, observado o disposto nos incisos IV, V e VI do art. 4º do Decreto 6.214 de 26 de setembro de 2007, razão pela qual o(a) requerente não faz jus ao benefício.4. Foi emitida exigência para apresentar comprovação de despesas - Ação Civil Pública nº 5044874-22.2013.4.04.7100-RS, mas não apresentou documentos e não demonstrou, documentalmente, que requereu e teve a prestação negada por órgão da rede pública de saúde com atribuição para fornecimento dos medicamentos, da alimentação especial, das fraldas descartáveis e das consultas na área de saúde, do seu domicílio.5. Sem mais diligências. Arquive-se.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Despacho (158857435)

Enviado em 25/06/2021 12:11

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1877065940 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

NB: 705.363.575-0

Prezado(a) Senhor(a), Nome: DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES, CPF: 095.362.731-44

Pelas regras vigentes da Previdência Social, o requerimento solicitado foi indeferido sob o número de benefício (NB) descrito acima. Aguarde correspondência com as informações ou acesse o portal de serviços Meu INSS (meu.inss.gov.br).

--

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

Número do Benefício: 705.363.575-0 **Espécie:** 87 **NIT:** 23859981621
Ao(a) Sr.(a): DAVI MIGUEL SABINO GONCALVES
Endereço: ALVARO BRANDAO , nº 2350, FUNDOS - VILA SAO FRANCISCO
CEP: 79833-260 **Município:** DOURADOS **UF:** MS
ASSUNTO: Requerimento de Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social à Pessoa com Deficiência
DECISÃO: INDEFERIDO
MOTIVO:
- Não atende ao critério de miserabilidade para renda mensal familiar per capita de 1/4 do salário mínimo para BPC

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Arts. 1º, 4º, 8º e 9º do Decreto 6214/2007
- Art. 20º § 3 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 07/05/2020 a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício, em razão:

- 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 SANTARÉM

Endereço: R FLORIANO PEIXOTO - CENTRO
CEP: 68005-060 **Município:** SANTAREM **UF:** PA

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 8.742/93 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 8.742/93 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.
6. Inscrição e atualização do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico (Decreto nº 6.135/07).