



Dados Básicos

Serviço Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade de Protocolo DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE	Data de entrada do requerimento 22/08/2023 15:59 Última atualização 29/08/2023 12:55	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?	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	04958005978
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
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
Impedimento de Longo Prazo	Não
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: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Indicação para Proteção Especial?	Não
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	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
464.784.181-20	ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES	05/05/1970	ABADIA CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES

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?
395245579	grupo_familiar.pdf	Grupo Familiar	6,99kB	464.784.181-20 - 22/08/2023 15:59	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
395245578	TERMO DE RESPONSABILIDADE.pdf	Termo de representação da entidade conveniada	374,65kB	464.784.181-20 - 22/08/2023 15:59	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
395245577	COPIA OAB.pdf	Documentos de identificação do procurador e/ou representante legal, se for o caso	171,61kB	464.784.181-20 - 22/08/2023 15:59	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
395245576	ATESTADO.pdf	Outros documentos	677,77kB	464.784.181-20 - 22/08/2023 15:59	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
395245575	DOCUMENTOS PESSOAIS.pdf	Documentos de identificação do interessado	263,96kB	464.784.181-20 - 22/08/2023 15:59	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
395245580	comprometimento_renda.pdf	Comprometimento de Renda	7,55kB	464.784.181-20 - 22/08/2023 15:59	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
397733720	Despacho de Análise.pdf	Despacho de Análise Automático	46,14kB	464.784.181-20 - 29/08/2023 12:54	Não
1015918173	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
397733973	RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf	Relatório da Avaliação Conjunta	38,67kB	29/08/2023 12:55	Não
1015918173	- 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 230904IO7KZA04

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
PI - DOURADOS



POLEGAR DIREITO



Rosemarie C. Cantuscel
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

488 504

DATA DE
EXPEDIÇÃO

21-05-1987

NOME

ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO
ANTUNES

FILIAÇÃO

Adão Antunes
Abadia Candido Cassimiro
Antunes
Campo Grande-MS

NATURALIDADE

05-05-1970

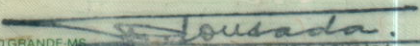
DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM

Cert Nasc 7922 F 39 L 19 Cart
Reg Civ de Campo Grande-MS

CPF

CAMPO GRANDE-MS


FERNANDO DE PAULA LOUSADA
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

IDES

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

Nº DE

464784181 20

NOME COMPLETO

ROSEMARY CANDIDO CASSINIRO ANTUNES

NASCIMENTO

05/05/1.970

ASSINATURA

Rosemari Candido

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE



CAPS II

RECEITUÁRIO MÉDICO

Prontuário: _____
Nome: Prore moy C C Antus (Carimbo do local de atendimento)
Endereço: _____

Atestado: Relatório Médico

Paciente Prore moy C C Antus
já veio em atendimento no CAPS
e tem o diagnóstico de T Bipolar
e que já teve episódios psicóticos
com crises de pânico e delírios
religiosos. O modo veio ao CAPS
relatando que a mesma mesma
foi tratada do pé esquerdo e
que está em crise novamente
não aceitando o tratamento e
recusando de longe p/ medicamentos

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

VIRE
→

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Ponta Porã, 2260, Vila Tonani I, Dourados/MS
Telefone: (67) 99883-2396 CEP 79826-080

para começarmos a fazer o tratamento,
pois corre risco de vida (sic).
Não começou a ter paciência no
CAPS mas tem histórico e indi-
cadores fortes de que isto momenta-
mente não tem condições
de decidir por si e o quadro
é urgente. A última prescrição
Hávio Piquinho mas que
não foi acatada medicosa.

Solicito que a autoridade
de saúde e sigilo que
à mesma tenha acompanhado
também com prescrição no inter-
nos o que pode ser feito
no HU.

Do F315 + F419

Teodoro Custódio da S. JR.
CRM-MS 10000 RQE 3064

23/06/23

TEM FE PUBLICA 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

 **ORDEN 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

NATURALIDADE
LOANDA-PR


RG
8.928.695-5 - SSP/PR

GOADOR DE ORÇÃO E TECIDOS
SIM

DATA DE NASCIMENTO
28/01/1986

CPF
049.580.059-78

VIA EXPEDIDO EM
01 20/04/2011


LEONARDO AVELINO DUARTE
PRESIDENTE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Rosângela Henrique Miranda, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob nº 049580059-78, 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.

<u>Beneficiários:</u>	
Nome: <u>Rosângela Condado Cassimiro</u>	CPF: <u>464.784.181-20</u>
Nome: <u>Antônio</u>	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____
Nome: _____	CPF: _____

<u>Qualidade da representação:</u>	
<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:

Ramada/MS, 22/08/2023

Assinatura:

Rosângela Miranda



Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão

CPF: 464.784.181-20

Requerente: ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES

Data de Entrada do Requerimento: 22/08/2023 15:59

Serviço: Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

Há alguém do grupo familiar que requerente queira incluir ou excluir? Não

Data da última atualização no CadÚnico: 03/04/2023

CPF	Nome do Familiar	Grau de Parentesco	Estado Civil
464.784.181-20	ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES	Requerente	Solteiro



Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão

CPF: 464.784.181-20

Requerente: ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES

Data de Entrada do Requerimento: 22/08/2023 15:59

Serviço: Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

Categoria	Renda Comprometida	Uso contínuo	Negativa do Poder Público	Valor Dedutível por Categoria	Concorda com o valor dedutível
Medicamentos	Não	Não	-	R\$ 48,00	-
Consultas e tratamentos de saúde	Não	Não	-	R\$ 96,00	-
Fraldas	Não	Não	-	R\$ 105,00	-
Alimentação Especial	Não	Não	-	R\$ 129,00	-
Proteção Especial - SUAS	Não	-	-	R\$ 34,00	-

Despacho (335994262)

Enviado em 22/08/2023 15:59

1015918173 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1920938332 - data e hora da solicitação: 22/08/2023 15:59 - data e hora agendada: 31/08/2023 08:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (335994357)

Enviado em 22/08/2023 15:59

1015918173 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 1087621131 - data e hora da solicitação: 22/08/2023 15:59 - data e hora agendada: 29/08/2023 08:40 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)



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:	ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES
CPF:	464.784.181-20
Protocolo do Requerimento:	1015918173
Espécie do Benefício:	87
Nome da Espécie:	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Número do Benefício:	713.629.980-3
Número de Inscrição do Trabalhador:	112.36858.94-2
Data de Entrada do Requerimento:	22/08/2023
Número do Requerimento:	57016177
Data do Início do Benefício:	22/08/2023
Data do Início do Pagamento:	22/08/2023

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	04958005978
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
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
Impedimento de Longo Prazo	Nao
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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Indicação para Proteção Especial?	Não
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade?	Não
Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público?	Não
Data de criação da tarefa	22/08/2023

3. HISTÓRICO DO RECONHECIMENTO DE DIREITO

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

◦ CÁLCULO DA RENDA FAMILIAR

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:

Nome	ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES
Parentesco	-
Data de Nascimento	05/05/1970
NIT	11236858942
CPF	46478418120



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Incluído na Renda		Sim	
Renda Considerada		R\$ 0,00	
Detalhamento da Renda			
Rendas Salário de Contribuição			
Valor considerado	Valor Original	Tipo Filiado	CNPJ
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMÉSTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMÉSTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMÉSTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMÉSTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMÉSTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	EMPREGADO DOMÉSTICO	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	AUTONOMO	

• **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 Médica:**

Foi realizada avaliação médica em 29/08/2023, no entanto não foi confirmada a existência de impedimento de longo prazo, prevista no §2º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993.

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):**

Não atende ao requisito de impedimentos de longo prazo

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) quanto pelo celular, no aplicativo "Meu INSS".



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Brasília/DF, 29 de Agosto de 2023.

Despacho (337789314)

Enviado em 29/08/2023 12:55

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

741647076 - Acertos para análise (Subtarefa)

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento

Despacho (337789315)

Enviado em 29/08/2023 12:55

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

474045283 - Acertos para análise (Subtarefa)

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Avaliação Conjunta

Benefício: 713.629.980-3

Espécie: 87 - Amparo Social Pessoa Portadora Deficiência

TITULAR

Nome:	ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES		
NIT:	1.123.685.894-2	CPF:	464.784.181-20
Data de nascimento:	05/05/1970	RG:	488504
Sexo:	FEMININO	Estado Civil:	UNIAO ESTAVEL
Escolaridade:	ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO		
Local Moradia:	Vive em residência	Telefone:	67 999609420
Endereço:	R SIENA, 70 - CASA 2 - VILA TOSCANA II - DOURADOS/MS		
Tipo Representante Legal:	-		
Nome Representante Legal:	-		

BENEFÍCIO

GEX:	06021 - GERÊNCIA EXECUTIVA DOURADOS
APS requerimento:	06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS
APS concessora:	06021010 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS
APS mantenedora:	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
		Não
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
SIAPE do Assistente Social	CRESS	

Dados da Avaliação Médico Pericial		
Situação	Data da Avaliação	
Concluído com Sucesso	29/08/2023	
Nome do Serviço	Local de Realização	Ordem
Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS		
SIAPE do Perito	CRM	CADMED
1673399		601845
Indicador de Impedimento de Longo Prazo	Indicador de Agravante de Funções do Corpo	Indicador de Prognóstico Desfavorável
Não	Não	Não

Fatores Ambientais		

Atividades e Participação					
d1	d2	d3	d4	d5	
1	1	0	0	0	

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

Qualificadores Finais		
Fatores Ambientais	Atividades e Participações	Funções do Corpo
		LEVE

Decisão	

Despacho (337789316)

Enviado em 29/08/2023 12:55

1015918173 - 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 22/08/2023, nº 713.629.980-3, 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 requisito de impedimentos de longo prazo. 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.

Anexos de Perícias Médicas



PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

772759628

Data de entrada: 23/08/2023 - Central de Serviços -

Dados Básicos

Serviço

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

Status

Concluída

Prioridade

Normal

Unidade

01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

Data de entrada do requerimento

23/08/2023 03:55

Canal de atendimento

Central de Serviços - Intranet

Última atualização

29/08/2023 12:21

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
464.784.181-20	ROSEMARY CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES	05/05/1970	ABADIA CANDIDO CASSIMIRO ANTUNES

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

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

Anexos

A tarefa não possui anexos.

Comentário (6741715)

Enviado em 29/08/2023 12:21

Unidade: 01400 - DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

772759628 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia