



BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Número do Benefício: 7025925420

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

APS de concessão: 06021150 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

APS de manutenção: 06021150 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Informações do Requerimento

Tipo de solicitante: Titular

Nome do solicitante: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Ambiente da solicitação: Intranet APS

Data de entrada: 26/09/2016

Tipo de Requerimento: Normal

Dados do(s) agendamento(s)

Avaliação Social B/87

Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Data e hora: 18/11/2016 10:00

Local de atendimento: AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO 665 CENTRO - CAARAPÓ/MS

Telefone

Telefone principal: 67 21081298

Telefone alternativo:

OBS: FAVOR COMPARECER QUINZE (15) MINUTOS ANTES DO HORÁRIO AGENDADO.

Servidor: Jesland Pena Lima - 2119194

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 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.

Ciente em 08/11/2016

x Sandra da Silva Montecelli



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

M.P.S. - Ministério da Previdência Social
I.N.S.S. - Instituto Nacional do Seguro Social

Inclusão de Requerimento - Impressão do Termo



Impressão Digital

Sandra da Silva Montecelli
SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Observações

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

- 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.

Comprovante de Agendamento

Atendimento Presencial

Data e Hora Agendada:	17/11/2016 (quinta-feira) às 08:30
Serviço Agendado:	BENEFÍCIO ASSISTENCIAL A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Agência:	CAARAPO
Endereço:	RUA 15 DE NOVENBRO 665 - CENTRO
Cidade/Estado:	CAARAPO - MS
CEP:	79.940-000

Protocolo do Requerimento

Número do protocolo:	1256398206
Data de Entrada do Requerimento:	26/09/2016 às 17:03
Canal do Agendamento:	Internet

Observação: A análise do requerimento será confirmada após o comparecimento do requerente ou seu representante na data e hora agendada.

Dados do Requerente

Nome Completo:	SANDRA DA SILVA MONTECELLI
Nascimento:	016.366.891-40 06/11/1960
Email:	
Telefone fixo:	
Celular:	(67) 8419.6335
NIT do Titular:	1.194.480.665-7



Informações Adicionais

- Favor comparecer com 15 (quinze) minutos de antecedência do horário agendado.
- O atendimento só será realizado para o titular do CPF ou seu representante devidamente documentado.
- Caso não possa comparecer, ligue 135 para cancelar ou remarcar seu atendimento até o dia anterior à data agendada. A não remarcação ou cancelamento neste prazo implicará na impossibilidade de novo agendamento por 30 (trinta) dias.

Documentos e formulários necessários

Para ser atendido nas agências do INSS você deve apresentar um documento de identificação válido e oficial com foto, o número do CPF, além da documentação dos componentes do seu grupo familiar, o requerimento (Anexo IV) do benefício de prestação continuada e a declaração da composição do grupo e renda familiar (Anexo III).

A relação de documentos, formulários e outras informações podem ser encontradas no site www.previdencia.gov.br ou ligue 135.



ANEXO IV
PORTARIA CONJUNTA MDS/MPs/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC
(Lei nº 8.742/93)

REQUERENTE: SANDRA DA SILVA MONTECELLI
SEXO: ☐ Masc. ☒ Fem. ☐ Pessoa com Deficiência ☐ Pessoa Idosa
APELIDO: - CPF: 016.866.891-40
NOME DA MÃE: CLAIRINDA DA SILVA COIMBRA
ENDEREÇO: BR 163, Km 81 BAIRRO: _____
COMPLEMENTO: _____ CEP: 79995-000 MUNICÍPIO: JUTI UF: MS
DDD () TELEFONE: _____ LOCAL DO DOMICÍLIO: ☐ ZONA RURAL ☐ ZONA URBANA
PONTO DE REFERÊNCIA: _____

COR/RAÇA: ☐ PRETA ☒ BRANCA ☐ PARDA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA	TIPO DE DOMICÍLIO: ☐ PRÓPRIO ☒ ALUGADO ☐ SEM DOMICÍLIO ☐ CASA LAR/República ☐ CEDIDO ☐ ALBERGUE ☐ SITUAÇÃO DE RUA	MORADOR DE COMUNIDADE: ☐ QUILOMBOLA ☐ INDÍGENA ☐ RIBEIRINHA ☐ OUTRAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS
---	--	---

ESTADO CIVIL: ☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO DE FATO ☐ VIÚVO	ESCOLARIDADE: ☐ NÃO ALFABETIZADO ☐ ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ☒ ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ☐ ENSINO MÉDIO COMPLETO ☐ ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ☐ ENSINO SUPERIOR COMPLETO ☐ ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ☐ OUTROS. ESPECIFIQUE: _____
---	--

POSSUI OU JÁ POSSUIU VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL? ☐ SIM ☒ NÃO

Local: Juti - MS Data: 04/10/2016
x Sandra da Silva Montecelli
ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO DE REPRESENTANTE: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Curador(a) ☐ Tutor(a) ☐ Procurador(a)
☐ Diretor(a) de Instituição ☐ Administrador(a) Provisório(a) ☐ Termo de Guarda
NOME: _____
SEXO: ☐ Masc. ☐ Fem. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____

DATA: <u>03/11/16</u>	USO DO INSS RUBRICA E MATRÍCULA: <u>Jeslano Pena Lima</u> Técnico do Seguro Social Assinatura: <u>[Assinatura]</u>
-----------------------	---

ANEXO III

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPs/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

DECLARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR



SITUAÇÃO FAMILIAR DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

NOME: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

☐ Vive sozinho

☒ Vive sob o mesmo teto com pessoas da família definidas no §1º art. 20 Lei 8.742/1993, para acesso ao BPC (cônjuge, companheiro(a), os pais, madrasta/padrasto, filhos(as) e enteados(as) solteiros(as), irmãos(ãs) solteiros(as), menores tutelados) - Somente estes devem ser elencados na presente declaração.

☐ Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar definidos no §1º art. 20 Lei 8.742/1993.

☐ Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou sob responsabilidade de terceiros (Nome da Entidade): _____

☐ Vive em situação de rua

COMPOSIÇÃO GRUPO E RENDA FAMILIAR INCLUSIVE O REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

Nome (requerente/beneficiário): SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Sexo: ☐ MASC. ☒ FEM Data de nascimento: 06/11/1960 CPF: 016366.891-40

Nome da Mãe: CLARINDA DA SILVA COIMBRA

Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: A-02 Nº da Folha: 171

Nº do Termo: 2034 Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: JUN

UF: MS RG: 925865 Órgão Emissor: SSP UF: MS CTPS: _____ Série: _____ UF: _____

Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual - MEI

☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☒ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC

Rendimento mensal: R\$ 00,00 Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☒ NÃO

Nome (integrante grupo familiar): CLARINDA DA SILVA COIMBRA

Sexo: ☐ MASC. ☒ FEM Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☒ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)

Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____

UF: _____ RG: 223.502 Órgão Emissor: SSP UF: MS CTPS: _____ Série: _____ UF: _____

Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual - MEI

☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☒ Aposentado/Pensionista/BPC

Rendimento mensal: R\$ 880,00 Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO

Nome (integrante grupo familiar): _____

Sexo: ☐ MASC. ☐ FEM Data de nascimento: ____/____/____ CPF: _____

Nome da Mãe: _____

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)

Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____

UF: _____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: _____ CTPS: _____ Série: _____ UF: _____

Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual - MEI

☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC

Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 425 865 DATA DE EXPEDIÇÃO 16-09-1986

NOME SANDRA DA SILVA MONTECELLI

FILIAÇÃO Mario Montecelli
Clarinda da Silva Coimbra

NATURALIDADE Juti-MS DATA DE NASCIMENTO 06-11-1960

Cert Nasc 2034 Fls 171 L A-02 Cart
Reg Civil de Juti-MS

CPF Campo Grande-MS

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Assinatura do Diretor: *Luis Henrique Sobrinho*
LUIZ HENRIQUE SOBRINHO
ASSINATURA DO DIRETOR

C.5. Juti
1238
7548

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
016.366.891-40

Nome
SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Nascimento
06/11/1960



CONFERE COM O ORIGINAL

M. 03/10/16

Jesland Pena Lima

Mat 2119194

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PS-COXIM

POLEGAR DIREITO

Sandra da Silva Montecelli

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTELAV

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Novembro/2003

CORREIOS
www.correios.com.br

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 273.502

NOME CLARINDA DA SILVA DIGLIO
FILIAÇÃO Joaquim Francisco da Silva
Donalda Coimbra da Silva
Campo Grande-MS 07-Jan-1941
NATURALIDADE BRASIL DATA DO NASCIMENTO
ANOS DE SERVIÇO 21 de dezembro 1982

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CASA DA MOEDA DO BRASIL

Handwritten: 11657 / 4791

C/C

NASCIMENTO 07.01.41

INSCRIÇÃO NO CPF 313 257 691 34

CONTRIBUINTE CLARINDA DA SILVA DIGLIO

Handwritten signature: Nivaldo Soares
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

CONFERE COM O ORIGINAL

EM 05/10/16

Jesland Pena Lima
Mat. 2119194



(CEDULA DE IDENTIDADE)

FI-CARRAPO

Handwritten: 08

Handwritten: 313 257 691 34

Handwritten: 07-Jan-1941

Handwritten: 21 de dezembro 1982

Handwritten: Clarinda da Silva Diglio
ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CASA DA MOEDA DO BRASIL



ANEXO VI
PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

DECLARAÇÃO DE QUE O TITULAR DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
APRESENTADO NÃO COMPÕE O GRUPO FAMILIAR DO REQUERENTE

Dados do Requerente do Benefício de Prestação Continuada:	
Nome:	<u>Sandra da Silva Montecilli</u>
Nome da mãe:	<u>Clarinda da Silva</u>
Documento Oficial de Identificação:	<u>425.865</u> Órgão Emissor: <u>SSP</u> UF: <u>MS</u>
Nº CPF:	<u>036.366.893-40</u>
Dados do titular do comprovante de residência:	
Nome:	<u>Marinalva Pereira Borges e João Borges da Silva</u>
Endereço:	<u>Rod: BR 163</u>
Documento Oficial de Identificação:	<u>160.424</u> Órgão Emissor: <u>SSP</u> UF: <u>MS</u>
Nº CPF:	<u>511.529.169-4</u>

Declaro, com vistas a comprovar domicílio e residência acima nominado e identificado, que o titular do comprovante de residência ora apresentado coabita comigo, mas não compõe o grupo familiar considerado para cálculo da renda *per capita* familiar, conforme dispõe a legislação em vigor.

Pela presente, declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: Juti - MS Data: 04/10/2016

Sandra da Silva Montecilli
Assinatura

MARINALVA PEREIRA BORGES
RUA BR 163, 163 - 79955000
CENTRO, JUIZ DE FOFA, MS
07.009.02.193500
Classe: RESIDENCIAL SubClasse: RESIDENCIAL
Fase: MONOFASICO Ref: 09/2016
Equipamento: B94346
Emissão: 19/09/2016

ENERGISA MATO ROSSO DO SUL - DISTR. DE ENERGIA S.F.
Av. Gury Marques, 800
Campo Grande/MS - CEP 79072-901
CNPJ 15 13.826/0001-50 Insc Est 28.105.553-1
Nota Fiscal de Energia Elétrica - Série B2 000.389.721

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 722 7272 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora) 354007

09/2016

Canal de contato

- PARTICIPE DA AUDIÊNCIA PÚBLICA - CONSELHO DE CONSUMIDORES
DA ENERGISA, DIA 27/09 - 14H - LOCAL: AUDITÓRIO DO SESC/ALM.
BARROSO - AV. ALM. BARROSO N. 52 B. AMAMBÁI - CG/MS.

Apresentação

19/09/2016

Data prevista da
próxima leitura

19/10/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data 17/08/16 Leitura 1290 Data 19/09/16 Leitura 1380 1 90 3

Faturas em atraso

10/2016 89,58
11/2016 18,30
12/2016 10,26

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor(R\$)
Consumo	90	0,499250	44,93
Fis			0,47
COFINS			2,17
Icms			9,74

Lançamentos e Serviços

CONTA CUSTEIO SERV. IL. PUBL. A	5,53
MULTA CONTA ANTERIOR Ref: 08/2016	0,94
JUROS CONTA ANTERIOR Ref: 08/2016	0,14
CORREÇÃO MONETÁRIA POR ATRASO Ref: 08/2016	0,02
CRED. VIOL. META CONT.	0,57

Histórico de Consumo (kWh)

AGO/16 75
JUL/16 87
JUN/16 87
MAI/16 125
ABR/16 143
MAR/16 137
FEV/16 137
JAN/16 84
DEZ/16 102
NOV/16 93
OUT/16 120
SET/16 117

media 12 meses 109

Base de Cálculo	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS 57,31	17,00000	9,74
FIS 57,31	0,82080	0,47
COFINS 57,31	3,76070	2,17

VENCIMENTO
26/09/2016

TOTAL A PAGAR
R\$63,37

7787.0018.057F.9297.AEDO.0 CF.7BC2.14FB
Emissão Autorizada por Regime Especial Processo N.11/070256/2004

Indicadores de Qualidade

Caráter	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor	%
DIC MENSAL	11,34	4,52	Nominal ou Contratada	distribuição	13,01	22,41
DIC TRIMESTRAL	22,69			carros Setoriais	9,15	15,93
DIC ANUAL	3,30	1,00		energia	21,37	37,23
TRIMESTRAL	6,60			transmissão	1,40	2,41
ANUAL	13,20			custos/encargos	12,38	21,61
DIC MENSAL	3,29	4,52		serviços	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	6,58	4,52		Total	57,31	100,00
DIC ANUAL	13,16					

Índice de Uso Sist R\$ 22,4

ATENÇÃO

LEITURA LIDA
Períodos Band. Tarif.: Verde 18/08-19/09

A6v04.031 1380-**-90 19-08:17 R



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 09/10/16
Jesland Pereira Lima
Mat. 2119194



Consultando Dados Cadastrais

Dados Cadastrais			
NIT	11944806657	Fonte do NIT	PREVIDÊNCIA
Administrador do NIT		Fonte Cadastramento	CI_NOVO
Ano da administração	2011	Data de Cadastramento	23/03/2011
		Data de Atualização	15/03/2016

Dados Básicos			
Nome	SANDRA DA SILVA MONTECELLI		
Nome da Mãe	CLARINDA DA SILVA COIMBRA		
Nome do Pai	MARIO MONTECELLI		
Sexo	FEMININO	Estado Civil	SOLTEIRO(A)
		Grau de Instrução	FUNDAMENTAL INCOMPL.
Data Nascimento	06/11/1960	Data de Óbito	
Nacionalidade	BRASILEIRA	País de Origem	BRASIL
		Data de chegada	
Município de Nascimento	JUTI	UF de Nascimento	MS

Documentos	
CPF	01636689140
Identidade	Número: 425865 Orgão Emissor: SSP UF: MS Data de Emissão:
CTPS	
Título de Eleitor	Número: 004845551929 Data de Emissão: 16/04/2012
CNH	
Doc. Estrangeiro	
Carteira de Marítimo	
Passaporte	
Certidões Cíveis	

Contato	
Endereço principal	Tipo Logradouro: RODOVIA, Logradouro: BR 163, Número: SN, Complemento: OF TIMORAO, Bairro: CENTRO, JUTI - MS, CEP: 79955000
Endereço Secundário	
Telefone 1	55- (67) 84196335
	Telefone 2
	Celular 55- (67) 84196335
Email	

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
16549659915	PIS	01636689140	SANDRA DA SILVA MONTECELLI

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

09/11/2016 09:03:56

Identificação do Filiado

Nit: 1.194.480.665-7

CPF: 016.366.891-40

Data de Nascimento: 06/11/1960

Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Nome da Mãe: CLARINDA DA SILVA COIMBRA

Relações Previdenciárias

Índice	NIT	CNPJ/CEI/CPF/NB	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Ult. Remun.	Tipo Vínculo	Indicadores
1	1.654.965.991-5	154.622.831-1	BENEFÍCIO				Benefício	
2	1.194.480.665-7		FACULTATIVO	01/03/2011	31/08/2011		Facultativo	
3	1.194.480.665-7		FACULTATIVO	01/07/2014	31/12/2014		Facultativo	

Jeslany Pena Lima
Técnica de Seguro Social
11/11/2016 09:03:56



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



Consultando Dados Cadastrais

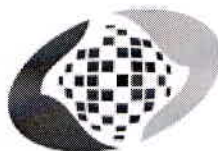
Dados Cadastrais		
NIT 11349745752	Fonte do NIT PREVIDÊNCIA	
Administrador do NIT	Fonte Cadastramento	CI_NOVO
Ano da administração	Data de Cadastramento	02/07/1996
	Data de Atualização	29/03/2016

Dados Básicos		
Nome CLARINDA DA SILVA DIGLIO		
Nome da Mãe DONILDA COIMBRA DA SILVA		
Nome do Pai JOAQUIM FRANCISCO DA SILVA		
Sexo FEMININO	Estado Civil VIUVO(A)	Grau de Instrução FUNDAMENTAL COMPLETO
Data Nascimento 07/01/1941	Data de Óbito	
Nacionalidade BRASILEIRA	País de Origem BRASIL	Data de chegada
Município de Nascimento CAMPO GRANDE	UF de Nascimento MS	

Documentos	
CPF 31325769134	
Identidade	Número: 223502 Órgão Emissor: SSP UF: MT Data de Emissão: 21/12/1982
CTPS	Número: 48629 Série: 7 UF: MT Data de Emissão:
Título de Eleitor	Número: 015411851805 Data de Emissão:
CNH	
Doc. Estrangeiro	
Carteira de Marítimo	
Passaporte	
Certidões Cíveis	Tipo: Certidão de Casamento, UF:, Município:, Cartório:, Folha: 29, Livro: B14, Termo: 4046, Data do Evento: Data do Registro:

Contato		
Endereço principal	Tipo Logradouro: RODOVIA, Logradouro: 163, Número: SN, Complemento:, Bairro: ZONA RURAL, JUTI - MS, CEP: 79400000	
Endereço Secundário		
Telefone 1	Telefone 2	Celular
55- (67) 99278176		55- (67) 84196335
Email		

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
16418560990	PIS	31325769134	CLARINDA DA SILVA DIGLIO
16467506511	PIS	31325769134	CLARINDA DA SILVA DI GLIO



PREVIDÊNCIA SOCIAL

Instituto Nacional do Seguro Social



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

Dados Básicos

NIT: 1134974575-2
Data de Cadastramento: 02/07/1996
Nome: CLARINDA DA SILVA DIGLIO
Data de Nascimento: 07/01/1941
Nome da mãe: DONILDA COIMBRA DA SILVA
CPF: 31325769134

Dados Complementares

Nome do pai: JOAQUIM FRANCISCO DA SILVA
Sexo: FEMININO
Estado Civil: VIUVO(A)
Grau de Instrução: FUNDAMENTAL COMPLETO
Nacionalidade: BRASILEIRA
País de Origem: BRASIL
Data de chegada ao país:
UF de nascimento: MS
Município de nascimento: CAMPO GRANDE
Identidade: 223502 , Órgão expedidor: SSP , UF: MT, Data exp.: 21/12/1982
CTPS: 48629 , série: 7, UF: MT, Data exp.:
Título de eleitor: 015411851805, Data exp.:
CNH:
Documento de Estrangeiro:
Carteira de Marítimo:
Passaporte:
Tipo: Certidão de Casamento, UF: , Município: , Cartório: , Livro: B14, Folhas: 29, Termo:
Dados da Certidão: 4046, Data do evento: , Data do Registro:
Data de Óbito:

Jesland Pena Lima
Técnico do Seguro Social
Matrícula 2115104

Endereço principal

RODOVIA BR 163, SN - OF TIMORAO - CENTRO - JUTI - MS - 79400000

Dados de Contato

Telefone para contato 1: 55 (67) (99278176)
Telefone para contato 2:
Celular: 55 67 84196335
Email:

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

09/11/2016 09:07:15

Identificação do Filiado

Nit: 1.134.974.575-2

Nome: CLARINDA DA SILVA DIGLIO

CPF: 313.257.691-34

Nome da Mãe: DONILDA COIMBRA DA SILVA

Data de Nascimento: 07/01/1941

Relações Previdenciárias

Índice	NIT	CNPJ/CEI/CPF/NB	Origem do Vínculo	Data Início	Data Fim	Ult. Remun.	Tipo Vínculo	Indicadores
1	1.134.974.575-2		AUTÔNOMO	01/06/1996	31/07/1996		Autônomo	
2	1.134.974.575-2	135.407.594-0	BENEFÍCIO	22/02/2006			Benefício	

Jesland Pena Lima
Técnico do Seguro Social
Matrícula 10104



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



M.P.S. - Ministério da Previdência Social
I.N.S.S. - Instituto Nacional do Seguro Social

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Esp/Número do Benefício: 87/702.592.542-0

APS de concessão: 06021150

Data de entrada: 26/09/2016

APS de manutenção: 06021150 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Informações do Requerimento

Representante legal:

Titular: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Dados do(s) agendamento(s)

Avaliação Médico Pericial B/87

Nome: SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Local de atendimento: AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CAARAPÓ

Endereço: RUA 15 DE NOVEMBRO 665 CENTRO - CAARAPÓ/MS

Data e hora: 17/11/2016 10:30

OBS: FAVOR COMPARECER QUINZE (15) MINUTOS ANTES DO HORÁRIO AGENDADO.

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. 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.

Caarapó/MS 08/11/2016

Sandra da Silva Montecelli

Sandra da Silva Montecelli

Observações

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

- 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.



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO



Número do Benefício: 702.592.542-0

Espécie: 87

NIT: 11944806657

Ao(a) Sr.(a): SANDRA DA SILVA MONTECELLI

Endereço: ROD: BR 163, nº SN, OF TIMORAO - CENTRO

CEP: 79955-000 **Município:** JUTI

UF: MS

ASSUNTO: Requerimento de Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social à Pessoa com Deficiência

DECISÃO: INDEFERIDO

MOTIVO:

- Renda per capita familiar é igual ou superior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo vigente na data do requerimento
- Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:

- Arts. 1º, 4º, 8º e 9º do Decreto 6214/2007
- Art. 20º §§ 2, 3 e 10 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 26/09/2016 a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício, em razão:

- Não atender às exigências legais da deficiência para acesso ao BPC-LOAS
- 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 CAARAPÓ

Endereço: RUA 15 DE NOVENBRO 665 - CENTRO

CEP: 79940-000 **Município:** CAARAPÓ

UF: MS

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 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 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.

48
8

06021150 - AGENCIA DA PREVIDENCIA SOCIAL CAARAPO

Referente: Benefício - NB: 7025925420

Assunto: Digitalização e armazenamento no SAPD

1. Certifico que, nesta data, o documento acima consignado foi digitalizado e enviado ao SAPD, de acordo com os dados a seguir:

Tipo de arquivo: Documento, páginas 1 a 17

Enviado por: 2324324 - BEATRIZ LEITE PINTAN CAREAGA

Data do envio: 07/12/2017 15:17:36 - IP: 10.80.155.151

Extensão: pdf - Tamanho em bytes: 4809913

Assinatura do arquivo (SHA1): fe1b51e991228051b2677f6a3f3b35724555b214

2. De acordo com o item 7 do Memorando-Circular Conjunto Nº 3/CGAPRO/CGRLOG/INSS de 09/02/2017, a presente digitalização permanecerá armazenada no SAPD até:

08/12/2019

Em 07/12/2017 15:17:36

BEATRIZ LEITE PINTAN CAREAGA

Matrícula 2324324



ANEXO III

PORTARIA CONJUNTA MDS/MP/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

Nome (integrante grupo familiar): _____
Sexo: ☐ MASC. ☐ FEM Data de nascimento: ____/____/____. CPF: _____
Nome da Mãe: _____
Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____
UF: ____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: ____ CTPS: _____ Série: _____ UF: ____
Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO

Nome (integrante grupo familiar): _____
Sexo: ☐ MASC. ☐ FEM Data de nascimento: ____/____/____. CPF: _____
Nome da Mãe: _____
Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____
UF: ____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: ____ CTPS: _____ Série: _____ UF: ____
Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO

Nome (integrante grupo familiar): _____
Sexo: ☐ MASC. ☐ FEM Data de nascimento: ____/____/____. CPF: _____
Nome da Mãe: _____
Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____
UF: ____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: ____ CTPS: _____ Série: _____ UF: ____
Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO

Nome (integrante grupo familiar): _____
Sexo: ☐ MASC. ☐ FEM Data de nascimento: ____/____/____. CPF: _____
Nome da Mãe: _____
Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
Documento Oficial de Identificação (preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto): Certidão de Nascimento: Nº do Livro: _____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo: _____ Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____
UF: ____ RG: _____ Órgão Emissor: _____ UF: ____ CTPS: _____ Série: _____ UF: ____
Situação Ocupacional: ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO

Pela presente, declaro, para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, devido ao idoso e a pessoa com deficiência (Lei nº 8.742/1993), que não recebo benefício de Regimes Próprios de Previdência de Estados e/ou Municípios, no Brasil ou em outro país, incompatível com o BPC e, declaro ainda, que as informações especificadas acima são completas e verdadeiras, estando ciente das penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.

Local: _____

Data: 04/10/2016

Sandra da Silva Monticelli
Assinatura do requerente/beneficiário ou representante legal