



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 06/09/2023 14:58 | Canal de atendimento Central de Serviços - Internet |
| | Última atualização 15/09/2023 12:06 | |

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 | 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 |
| 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? | Não |
| NB | 713.707.128-8 |
| NR | 57260094 |
| 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 |

| Campo | Valor |
|--|-------|
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público? | Não |

Interessados

| CPF | Nome Completo | Data Nascimento | Nome Completo da Mãe |
|----------------|-------------------------|-----------------|----------------------|
| 080.816.261-66 | ESTELA COLMAN QUINHONES | 10/10/1959 | EULOGIA QUINHONES |

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? |
|-----------|--|---|----------|-----------------------------------|--------------|
| 400719647 | TERMO DE RESPONSABILIDADE.pdf | Termo de representação da entidade conveniada | 381,46kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719649 | COPIA_OAB.pdf | Documentos de identificação do procurador e/ou representante legal, se for o caso | 171,61kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719655 | grupo_familiar.pdf | Grupo Familiar | 6,81kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719652 | COMPROVANTE CAD UNICO.pdf | Outros documentos | 360,39kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719651 | DOCUMENTO PESSOAL IRMÃ.pdf | Documento de identificação de todos os membros do grupo familiar | 442,57kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719650 | DOCUMENTO PESSOAL INTERESSADA.pdf | Documentos de identificação do interessado | 459,29kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719656 | comprometimento_renda.pdf | Comprometimento de Renda | 7,54kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719654 | COMPROVANTE DE RESIDENCIA.pdf | Outros documentos | 385,85kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719653 | ATESTADO MÉDICO 2.pdf | Outros documentos | 362,77kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 400719648 | PROCURAÇÃO.pdf | Procuração e representação legal, se for o caso | 430,97kB | 080.816.261-66 - 06/09/2023 14:58 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 403595867 | Despacho de Análise.pdf | Despacho de Análise Automático | 44,82kB | 080.816.261-66 - 15/09/2023 12:06 | Não |
| 534318446 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) | | | | |
| 403596193 | RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf | Relatório da Avaliação Conjunta | 38,91kB | 15/09/2023 12:06 | Não |
| 534318446 | - 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 2309208CQEHW09



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu Guilherme Henrique W. Moura, 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>Estilo Colman Quintões</u> | CPF: <u>080816.261-66</u> |
| Nome: _____ | 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: Queroes/MS, 06/09/2023

Assinatura: Guilherme Henrique W. Moura

PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA - ET EXTRA"

ESTELA COLMAN QUINHONES, brasileira, Solteiro(a), do lar, portador da Cédula de Identidade Civil com RG n.º 2.292.189 inscrito no CPF n.º 080.816.261-66, residente e domiciliado à Rua Ignácia de Mattos Brandão, nº 800 – Parque do Lago II – Dourados – MS CEP 79.822-325, nomeia e constitui como seu bastante advogado – **LUIS HENRIQUE MIRANDA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n.º 27.124.610/0001-53, com sede na Rua João Damaceno Pires nº 1140 - Jardim Água Boa em Dourados - MS, devidamente representada pelo advogado – **Luís Henrique Miranda – Sociedade Individual De Advocacia**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/MS sob o nº 14809 com escritório profissional situado à Rua João Damaceno Pires, 1140, Jardim Água Boa na cidade e Comarca de Dourados - MS, aos quais confere os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad-judícia – et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, ainda que administrativos, especialmente para propor ações de direito em nome da outorgante ou defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até o final julgamento, conferindo ainda poderes especiais para formular acordos, desistir, transigir, bem como representar os interesses da outorgante em processos administrativos fiscais, de competência da Fazenda Pública Municipal, Nacional, bem como perante aos Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor. Para receber citação inicial, confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação e firmar compromisso, podendo para tanto, substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo, ainda, usar de todos os poderes para o seu mister nos termos supra descritos.

Dourados - MS, aos 18 de Agosto de 2023


ESTELA COLMAN QUINHONES

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

NACIONALIDADE
LOANDA-PR


RG
8.928.695-5 - SSP/PR

QUADOR DE OSGION E TEGION
SIM

DATA DE NASCIMENTO
28/01/1988

CPF
049.580.059-78

VIA EXPEDIDO EM
01 20/04/2011


LEONARDO AVELINO DUARTE
PRESIDENTE

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|--|--|---|--|
| ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA" PI32 | | REGISTRO GERAL 2.292.189 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/03/2015 | |
|  45784258 | | NOME Estela Colman Quinhones | |
|  45784258 | | FILIAÇÃO Ricardo Colman Eulogia Quinhones | |
| ASSINATURA DO TITULAR Estela Colman Quinhones | | NATURALIDADE Porto Murinho - MS | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE | | DOC. ORIGEM C N 0151183 L A-0279 F 012 Dourados - MS | |
| | | CPF PIS / PASEP | |
| | | ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 | |

| MINISTÉRIO DA FAZENDA | |
|---|--|
|  Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas | |
| COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO | |
| Número 080.816.261-66 | |
| Nome ESTELA COLMAN QUINHONES | |
| Nascimento 10/10/1959 | |
| VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO | |

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|--|--|---|--------------------------------|
| ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL PI 028 SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA" | | REGISTRO GERAL 000.259.279 | DATA DE EXPEDIÇÃO 21/jan/2011 |
|  | | NOME Irene Colman | |
| | | FILIAÇÃO Ricardo Colman e Eulogia Quinone | |
| | | NATURALIDADE Bela Vista-MS | DATA DE NASCIMENTO 05/mai/1951 |
| | | DOC. ORIGEM C N 932 L A-3 F 39 Picadinha-MS | |
| NÃO ALFABETIZADA | | CPF | |
| 2.380.653 | | ASSINATURA DO DIRETOR <i>[Signature]</i> Celso João de Souza Perito Papiloscopista | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE | | LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 | |

| Ministério da Fazenda Receita Federal COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF | |
|--|----------------|
| Número | 322.522.771-49 |
| Nome | IRENE COLMAN |
| Nascimento | 05/05/1951 |

Cam
68506

COMPROVANTE DE PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Página 9 de 23

Anexo ID: 400719652

Governo Federal
Ministério do Desenvolvimento Social
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania
Departamento do Cadastro Único

Formulário Principal
de

Declaro, sob as penas da lei (Art. 299 do Código Penal), que as declarações contidas neste formulário correspondem à verdade e comprometo-me a procurar a gestão municipal para atualizá-las sempre que houver mudanças em relação às informações prestadas por mim nesta entrevista ou, no máximo, em até dois anos da data desta entrevista.

Nome IRENE COLMAN

IRENE COLMAN

3 2 2 . 5 2 2 . 7 7 1

4 9

Identificação (CPF)

0 0 1 4 6 5 2 3 2 1 9

- 3 7

Identificação (Título do Eleitor)

"A Robo" IRENE COLMAN

Assinatura do Responsável pela Unidade

Nome do município

DOURADOS - MS

Código familiar

0 3 8 9 6 4 4 8 0 - 3 0

Data da entrevista

06

09

2023

Dia

Mês

Ano

Entrevistador

9 6 5 . 0 2 7 . 9 7 1

- 7 2

Identificação (CPF)

Modalidade da

Inclusão

☒ Alteração

Telefone do órgão responsável

3 4 2 6 - 8 5 1 3

Assinatura do

ATESTADO

Atesto, para os devidos fins, que Estela Colmam Quinhones, CNS 706200587780063, está realizando acompanhamento na Unidade Básica de Saúde Dr Nelson Rodolfo Kozoroski, com diagnóstico de DM não insulino-dependente, dislipidemia, hipotireoidismo em uso de medicação contínua (glifage XR, glibenclamida, levotiroxina, sinvastatina), e apresentando alteração visual aguardando consulta com oftalmologista. Paciente vem apresentando dor crônica em pernas e pés com piora há 6 meses, associado a edema. Paciente relata que não consegue trabalhar devido dor.

No momento:

BEG, LOTE, corado, hidratado, acianótico, anictérico, afebril

PA: 130x80mmHg // FC: 83bpm // Sat. 98% AA HGT: 172 mg/dl

peso: 100 kg alt: 154 cm

ACV: RCC BNR BNF, 2T SS.

AR: Eupneico sem sinais de esforço. MVF sem RA

ABD: RHA+, Semigloboso, normotenso, indolor, sem sinais de irritação peritoneal, VMG ou MP. Blumberg, Murphy e Giordano negativos

NEU: Glasgow 15, sem sinais de irritação meníngea, nistagmo ou ataxia. Mobilidade, tônus, força, sensibilidade e reflexos preservados.

MMII: Aquecidas, com edemas 2+/4+, pulsos periféricos cheios e simétricos, TEC

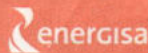
Solicito exames para investigação.

CID 10; E11, E782, E03, M796

Dourados - MS, 29 de agosto de 2023


Daiana Aparecida Silva Silvestre
Médica
CRM 7420/MS

Daiana Aparecida Silva Silvestre - CRM - MS 7420
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Dourados - MS, 29 de agosto de 2023

ENERGISA MATO GROSSO DO SUL - DISTR. DE ENERGIA S.A.
Av. Gury Marques, 8000
Campo Grande/MS - CEP 79072-900
CNPJ 16.413.826/0001-50 - Insc. Est. 28.106.563-0

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / B1 Tipo de Fornecimento: MONOFÁSICO
RESIDENCIAL / BAIXA RENDA BPC

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS Disp.: 127 Lim. mín.: 117 Lim. máx.:

IRENE COLMAN

RUA IGNACIA DE MATTOS BRANDAO, 800 / 18 010 19 376000 - PAR
DOURADOS / MS CEP: 79822325 (AG. 10).
ROTEIRO: 18 - 10 - 70 - 51

CPF/CNPJ/RANI: 322.522.771-49

CÓDIGO DO CLIENTE

10/493504-5
CÓDIGO DA INSTALAÇÃO

00000Q88418

REF: MÊS / ANO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Mai / 2023 05/06/2023 R\$ 109,55

NOTA FISCAL Nº 007960271 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 29/05/23
Consulte pela Chave de Acesso em
<https://www.dfe.ms.gov.br/nf3e/consulta>Chave de Acesso
5023 0515 4138 2600 0150 6600 1007 9602 7120 2264 2068EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

- Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 3/2023) R\$ 56,03

- AVISO: Permanecendo em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", já reavistados, a suspensão do fornecimento poderá
ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da
fatura vencida e não paga.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$38,31.

- A AUSÊNCIA DE PAGAMENTO CAUSARÁ O ENVIO DE SEU CPF PARA PROTESTO EM CARTÓRIO.

- GERANDO ADICIONALMENTE CUSTAS DE EMOLUMENTOS CARTORÁRIOS (LEI Nº 9.492/1997).

- Reajuste tarifário médio 9,28%, a partir de 08/04/23, conforme REH Nº 3.181/ANEEL.

- Leitura confirmada

| Datas de Leituras | Leitura Anterior | Leitura Atual | Nº Dias | Próxima Leitura |
|-------------------|------------------|---------------|---------|-----------------|
| | 27/04/23 | 29/05/23 | 32 | 29/06/2023 |

| ITENS DA FATURA | Unid. | Quant. | Preço unit. e tributos (R\$) | Valor Total (R\$) | PIS/ Cofins (R\$) | Bases Calc. ICMS (R\$) | Aliq. ICMS (%) | ICMS (R\$) | Tarifa unit. (R\$) |
|-------------------------------|-------|--------|------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------|----------------------|---------------|--------------------------|
| Consumo até 30kWh-BR | KWH | 30 | 0,335150 | 10,05 | 0,50 | 10,05 | 17 | 1,71 | 0,261270 |
| Consumo - 31 a 100kWh-BR | KWH | 70 | 0,574550 | 40,21 | 2,02 | 40,21 | 17 | 6,83 | 0,447890 |
| Consumo - 101 a 220kWh-BR | KWH | 38 | 0,861830 | 32,75 | 1,65 | 32,75 | 17 | 5,57 | 0,671840 |
| Subsídio | | | | 49,14 | 2,48 | 49,14 | 17 | 8,35 | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | |
| CONT. IL. PUB. CIP MUNICIPAL | | | | 12,02 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| JUROS DE MORA 04/2023 | | | | 0,76 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| MULTA 04/2023 | | | | 2,41 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2023 | | | | 0,52 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | |
| Devolução Subsídio | | | | -38,31 | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | |

| CONSUMO FATURADO | | | Nº DIAS FAT. | TOTAL | Tributos | Bases Calc. | Aliq. | ICMS | Valor |
|-----------------------------------|--------|-----|--------------|-------|--|---------------|----------------|-------------|-------|
| | | | | | | (R\$) | (%) | (R\$) | (R\$) |
| CONSUMO / kWh | Mai/23 | 138 | 32 | | | | | | |
| | Abr/23 | 172 | 31 | | | | | | |
| | Mar/23 | 191 | 28 | | | | | | |
| | Fev/23 | 186 | 32 | | | | | | |
| | Jan/23 | 128 | 29 | | | | | | |
| | Dez/22 | 140 | 29 | | | | | | |
| | Nov/22 | 126 | 29 | | | | | | |
| | Out/22 | 161 | 32 | | | | | | |
| | Set/22 | 129 | 31 | | | | | | |
| | Ago/22 | 121 | 31 | | | | | | |
| | Jul/22 | 132 | 31 | | | | | | |
| | Jun/22 | 139 | 29 | | | | | | |
| | Mai/22 | 59 | 31 | | | | | | |
| | Média | 140 | 30 | | | | | | |
| Faturamento pela média/tratamento | | | | | RESERVADO AO FISCO | | | | |
| Medidor | | | | | Art. 41, inciso V, alínea b do RICMS/MS - 1998 | | | | |
| Grandezas | | | | | EMITIDO EM CONTINGÊNCIA | | | | |
| Postos horários | | | | | Pendente de autorização | | | | |
| | | | | | Leitura Anterior | Leitura Atual | Const. Medidor | Consumo kWh | |
| 00000Q88418 KWH | | | | | Total | 23994 | 24132 | 1 | 138 |

Situação de Débitos

FATURAS EM ATRASO

Mar/23 R\$145,59



Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão

CPF: 080.816.261-66

Requerente: ESTELA COLMAN QUINHONES

Data de Entrada do Requerimento: 06/09/2023 14:58

Serviço: Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência

Data da última atualização no CadÚnico:

| CPF | Nome do Familiar | Grau de Parentesco | Estado Civil |
|-----|------------------|--------------------|--------------|
|-----|------------------|--------------------|--------------|



Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão

CPF: 080.816.261-66

Requerente: ESTELA COLMAN QUINHONES

Data de Entrada do Requerimento: 06/09/2023 14:58

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 (340039978)

Enviado em 06/09/2023 14:59

534318446 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1091104193 - data e hora da solicitação: 06/09/2023 14:59 - data e hora agendada: 08/09/2023 10:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (340040132)

Enviado em 06/09/2023 15:00

534318446 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 796411568 - data e hora da solicitação: 06/09/2023 15:00 - data e hora agendada: 15/09/2023 10:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (340369343)

Enviado em 08/09/2023 11:12

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

936816088 - Avaliação Social BPC/LOAS - Inicial (presencial) (Subtarefa)

Ref.: 87/7137071288Int.: ESTELA COLMAN QUINHONESAss.: Conclusão da Avaliação SocialPrezado(a) ESTELA COLMAN QUINHONES,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



DETALHAMENTO DA ANÁLISE E DECISÃO DE REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR E DO BENEFÍCIO

| | |
|-------------------------------------|--|
| Nome do Requerente: | ESTELA COLMAN QUINHONES |
| CPF: | 080.816.261-66 |
| Protocolo do Requerimento: | 534318446 |
| Espécie do Benefício: | 87 |
| Nome da Espécie: | BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA |
| Número do Benefício: | 713.707.128-8 |
| Número de Inscrição do Trabalhador: | 269.59717.21-1 |
| Data de Entrada do Requerimento: | 06/09/2023 |
| Número do Requerimento: | 57260094 |
| Data do Início do Benefício: | 06/09/2023 |
| Data do Início do Pagamento: | 06/09/2023 |

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 | 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 |
| 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? | Não |
| NB | 7137071288 |
| NR | 57260094 |
| 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 |



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

| | |
|---|---------------|
| 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 |
| AVALIACAO_CONJUNTA_REAPROVEITADA | Nao |
| Data de criação da tarefa | 06/09/2023 |

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 | ESTELA COLMAN QUINHONES |
| Parentesco | - |



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

| | |
|--------------------|-------------|
| Data de Nascimento | 10/10/1959 |
| NIT | 26959717211 |
| CPF | 8081626166 |
| Incluído na Renda | Sim |
| Renda Considerada | R\$ 0,00 |

° **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 Social**

Foi realizada avaliação social em 08/09/2023.

° **Avaliação Médica:**

Foi realizada avaliação médica em 15/09/2023, 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.

° **Resultado da avaliação conjunta:**

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 Assistência Social - BPC.

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 critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS

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".

Brasília/DF, 15 de Setembro de 2023.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Despacho (342154162)

Enviado em 15/09/2023 12:06

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE
221318483 - Acertos para análise (Subtarefa)

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Avaliação Conjunta

Benefício: 713.707.128-8

| | |
|----------|---|
| Espécie: | 87 - Amparo Social Pessoa Portadora Deficiência |
|----------|---|

TITULAR

| | | | |
|---------------------------|---|---------------|----------------|
| Nome: | ESTELA COLMAN QUINHONES | | |
| NIT: | 2.695.971.721-1 | CPF: | 080.816.261-66 |
| Data de nascimento: | 10/10/1959 | RG: | |
| Sexo: | FEMININO | Estado Civil: | |
| Escolaridade: | | | |
| Local Moradia: | Vive em residência | Telefone: | 67 999609420 |
| Endereço: | R IGNACIA DE MATOS BRANDAO, 800 - PARQUE DO LAGO 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 |
| Concluído com Sucesso | 08/09/2023 | 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 | 15/09/2023 | |
| 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 | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|--|
| e1 | e2 | e3 | e4 | e5 | |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 3 | |

| Atividades e Participação | | | | | | | | | |
|---------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|--|
| d1 | d2 | d3 | d4 | d5 | d6 | d7 | d8 | d9 | |
| 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2 | |

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

| Qualificadores Finais | | |
|-----------------------|----------------------------|------------------|
| Fatores Ambientais | Atividades e Participações | Funções do Corpo |
| MODERADA | MODERADA | 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 (342154155)

Enviado em 15/09/2023 12:06

534318446 - 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 06/09/2023, nº 713.707.128-8, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício. O indeferimento do BPC pode ocorrer por mais de um motivo, conforme o caso concreto. Em relação ao seu requerimento, o indeferimento do seu pedido se deu pelo(s) seguinte(s) motivo(s): 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) ou pela Central 135.

Anexos de Perícias Médicas



PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

573372461

Data de entrada: 08/09/2023 - 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

08/09/2023 03:36

Canal de atendimento

Central de Serviços - Intranet

Última atualização

15/09/2023 12:05

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 |
|----------------|-------------------------|-----------------|----------------------|
| 080.816.261-66 | ESTELA COLMAN QUINHONES | 10/10/1959 | EULOGIA QUINHONES |

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

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

Anexos

A tarefa não possui anexos.

Comentário (6819330)

Enviado em 15/09/2023 12:05

Unidade: 01400 - DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

573372461 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia