



Dados Básicos

|                                                                                 |                                                                                                             |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Serviço</b><br>Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência               | <b>Status</b><br>Concluída                                                                                  | <b>Prioridade</b><br>Normal                                   |
| <b>Unidade de Protocolo</b><br>DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE | <b>Data de entrada do requerimento</b><br>14/11/2023 12:13<br><b>Última atualização</b><br>08/01/2024 09:56 | <b>Canal de atendimento</b><br>Central de Serviços - Internet |

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

| Campo                                                                                                                                              | Valor                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Aceita receber notificações pelo WhatsApp?                                                                                                         | A) Sim                 |
| Aceita receber notificação de Banco ou instituição financeira sobre o seu primeiro pagamento?                                                      | B) Não                 |
| 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                                                                                                                                                 | 714.066.218-6          |
| NR                                                                                                                                                 | 59273017               |
| 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                    |

| Campo                                                              | Valor |
|--------------------------------------------------------------------|-------|
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade?    | Não   |
| Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público? | Não   |
| Espécie do Benefício                                               | 87    |

Interessados

| CPF            | Nome Completo          | Data Nascimento | Nome Completo da Mãe |
|----------------|------------------------|-----------------|----------------------|
| 253.571.758-10 | JOSEANE ALVES DE SOUZA | 31/10/1975      | LUIZA ALVES DE SOUZA |

Procuradores / Representantes Legais

| CPF            | Nome Completo                    | Data Nascimento | Nome Completo da Mãe        |
|----------------|----------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| 019.994.911-57 | GRAZIELE ARAUJO BARBOSA DE BRITO | 29/10/1997      | LUIZA ARAUJO CORREA BARBOSA |
| 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? |
|-----------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|--------------|
| 423845704 | COMPROVANTE DE ENDEREÇO.pdf                                          | Outros documentos                                                                 | 108,03kB | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423845703 | DOCUMENTO PESSOAL                                                    | Documentos de identificação do interessado                                        | 118,21kB | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423845701 | PROCURAÇÃO - JOSEANE.pdf                                             | Procuração e representação legal, se for o caso                                   | 437,45kB | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423845705 | DOCUMENTO MÉDICO.pdf                                                 | Outros documentos                                                                 | 135,05kB | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423845702 | COPIA OAB.pdf                                                        | Documentos de identificação do procurador e/ou representante legal, se for o caso | 171,61kB | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423845707 | comprometimento_renda.pdf                                            | Comprometimento de Renda                                                          | 7,54kB   | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423845706 | grupo_familiar.pdf                                                   | Grupo Familiar                                                                    | 7,35kB   | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:13 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 423848280 | TERMO DE RESPONSABILIDADE.pdf                                        | TERMO DE RESPONSABILIDADE                                                         | 366,94kB | 253.571.758-10 - 14/11/2023 12:17 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 440713396 | Despacho de Análise.pdf                                              | Despacho de Análise Automático                                                    | 45,02kB  | 253.571.758-10 - 08/01/2024 09:56 | Não          |
| 670440777 | - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal) |                                                                                   |          |                                   |              |
| 440713930 | RelatorioAvaliacaoConjunta.pdf                                       | Relatório da Avaliação Conjunta                                                   | 38,89kB  | 08/01/2024 09:56                  | Não          |
| 670440777 | - 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 240119GWBWCF54

## PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA – ET EXTRA"

**NOME OUTORGANTE:** Josiane Alves de Souza  
brasileiro(a), solteira, do lar,  
portador da Cédula de Identidade Civil com RG n. 2.884.648  
SSP/MS inscrito (a) no CPF n.º 253.571.758-10, residente e  
domiciliado (a) Rua DA F  
n. 2355 - cidade: Dourados - MS - CEP  
79.839-418, nomeia e constitui como seu bastante  
advogado - **Luís Henrique Miranda - Sociedade Individual de  
Advocacia**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ n.º  
27.124.610/0001-53, com sede na Rua João Damasceno Pires, n.º 1140 –  
Jardim Água Boa em Dourados - MS, devidamente representada pelo  
advogado - **LUIS HENRIQUE MIRANDA**, brasileiro, divorciado, advogado,  
inscrito na OAB/MS sob o 14.809; 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, 10 / novembro / 2023.

Josiane Alves de Souza

**OUTORGANTE**

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

QUADOR DE ORÇÃO E TERCIO  
SIM

DATA DE NASCIMENTO  
28/01/1986

CPF  
049.580.059-78

VIA EXPEDIDO EM  
01 20/04/2011

  
LEONARDO AVELINO DUARTE  
PRESIDENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "GONÇALO PEREIRA"

NOME **Joseane Alves de Souza**

FILIAÇÃO  
**José Sebastião de Souza**  
**Luíza Alves de Souza**

NATURALIDADE **João Pessoa - PB**

DATA NASCIMENTO **31/10/1975**

ORGÃO EXPEDIDOR **SEJUSP/MS**

OBSERVAÇÃO

TIPO SANG./FACTOR RH

NÃO ASSINOU NESTE ATO  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL  
REGISTRO CIVIL **2.884.648**

DATA DE EXPEDIÇÃO **27/07/2023**

C N **1624 LA2 F 225**

Tambão - João Pessoa - PB

CPF **28846480**

T. ELEITOR

CTPS

SÉRIE

UR

NIS/PIS/PASEP

IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CMH

CNO

PI 28

Assinatura do Diretor

Polégar Direito

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

16/08/2021

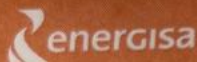
Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**253.571.758-10**

Nome  
**JOSEANE ALVES DE SOUZA**

Nascimento  
**31/10/1975**

**SUA FATURA CHEGOU!****DANF3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL  
DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA****ENERGISA MATO GROSSO DO SUL - DISTR. DE ENERGIA S.A.**  
Av. Gury Marques, 8000  
Campo Grande/MS - CEP 79072-900  
CNPJ 15.413.826/0001-50 Insc. Est. 28.105.563-0

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

**Classificação:** MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / BT **Tipo de Fornecedor:** MONOFÁSICO  
RESIDENCIAL / BAIXA RENDA**TENSÃO NOMINAL EM VOLTS****Disp.:** 127**Lim. mín.:** 117**Lim. máx.:****JOSEANE ALVES DE SOUZA**RUA DA 7, 2355 / D.LCB - 06 010 31 474000 - DECELEÇÃO ARTUZI  
DOURADOS/MS CEP: 79839418 (AO: 10)  
ROTEIRO 5 - 10 - 40 - 3280

CPF/CNPJ/RANI: 253 571 758 10

**CÓDIGO DO CLIENTE****10/3208838-7****CÓDIGO DA INSTALAÇÃO****00000U83524****REF: MÊS / ANO****Nov / 2023****VENCIMENTO****17/11/2023****TOTAL A PAGAR****R\$ 0,00****NOTA FISCAL Nº 012671186 - SÉRIE 001**  
**DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 09/11/23**  
Consulte pela Chave de Acesso em:  
<https://www.dfe.ms.gov.br/inf3e/consulta>

Chave de Acesso:

5023 1115 4138 2600 0150 6600 1012 5711 8620 2301 1403

**EMITIDO EM CONTINGÊNCIA**  
Pendente de autorização



ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS



## RECEITUÁRIO MÉDICO

Prontuário:

Nome: JOSEANE ALVES DE SOUZA

Endereço:

LAUDO MEDICO;

DECLARO PARA FINS, QUE O PACIENTE SUPRACITADO ESTA EM TRATAMENTO NO CAPS 2 DESDE 09/09/2021. DE FORMA IRREGULAR POR APRESENTAR TRANSTORNO DE HUMOR AFETIVOS ISOLADOS (CID10: F38.9).

SEGUE EM INVESTIGACAO PARA (CID10: F06.9 E F31.9).

AO EXAME APRESENTA INSTABILIDADE DE HUMOR, AGRESSIVIDADE, POUCA HIGIENE PESSOAL. TEVE EPISODIOS COM SINAIS DE BIPOLARIDADE. ELETROENCEFALOGRAMA NÃO APRESENTA ALTERACOES.

PRESCREVO AC. VALPROICO E SERTRALINA

NO MOMENTO ALUDE INCAPACIDADE LABORAL DEFINITIVA POR TEMPO INDETERMIANDO. FICA A CRITEIRO DO PERITO A DECISAO.

  
DR. CARLOS EDUARDO GIL SARZI Médico  
CRM-MS 9029

CRM 9029 - MS - CAPS 2 - 22/08/2023

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



**Grupo familiar declarado no requerimento pelo cidadão**

**CPF:** 253.571.758-10

**Requerente:** JOSEANE ALVES DE SOUZA

**Data de Entrada do Requerimento:** 14/11/2023 12:13

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

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

**Data da última atualização no CadÚnico:** 01/03/2023

| CPF            | Nome do Familiar             | Grau de Parentesco | Estado Civil |
|----------------|------------------------------|--------------------|--------------|
| 253.571.758-10 | JOSEANE ALVES DE SOUZA       | Requerente         | Solteiro     |
| 111.720.911-37 | FLAVIO DE SOUZA SILVA        | Filho(a)           | Solteiro     |
| 102.839.381-45 | GUILHERME DE SOUZA SILVA     | Filho(a)           | Solteiro     |
| 142.544.168-81 | JOAO PEREIRA DA SILVA        | Filho(a)           | Solteiro     |
| 111.720.871-05 | MARIA EDUARDA DE SOUZA SILVA | Filho(a)           | Solteiro     |





### Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão

**CPF:** 253.571.758-10

**Requerente:** JOSEANE ALVES DE SOUZA

**Data de Entrada do Requerimento:** 14/11/2023 12:13

**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 (357692566)

Enviado em 14/11/2023 12:13

670440777 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Não foi possível encontrar vaga de avaliação social (data e hora da busca: 14/11/2023 12:13 - cep: 79804970)

[Despacho \(357692757\)](#)

[Enviado em 14/11/2023 12:14](#)

[670440777 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência \(Tarefa principal\)](#)

---

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 384249058 - data e hora da solicitação: 14/11/2023 12:14 - data e hora agendada: 21/11/2023 08:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

[Despacho \(357693062\)](#)

[Enviado em 14/11/2023 12:15](#)

[670440777 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência \(Tarefa principal\)](#)

---

Não foi possível encontrar vaga de avaliação social (data e hora da busca: 14/11/2023 12:15 - cep: 79804970)





## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Luís Henrique Muronda, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob nº 049.580.059-48, 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.*

#### Beneficiários:

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Nome: <u>Josiane Alves da Silva</u> | CPF: <u>253.571.758-10</u> |
| Nome: _____                         | CPF: _____                 |
| Nome: _____                         | CPF: _____                 |
| Nome: _____                         | CPF: _____                 |

#### Qualidade da representação:

|                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <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: Dourados - MS, 14 / 11 / 2023

Assinatura: [Assinatura]

Despacho (357694104)

Enviado em 14/11/2023 12:18

670440777 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

JOSEANE ALVES DE SOUZA (CPF 253.571.758-10) adicionou GRAZIELE ARAUJO BARBOSA DE BRITO (CPF 019.994.911-57) como procurador(a) do processo pelo canal Central de Serviços - Internet.

Despacho (360245938)

Enviado em 23/11/2023 12:53

670440777 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 1628446155 - data e hora da solicitação: 23/11/2023 12:53 - data e hora agendada: 08/01/2024 09:00 - unidade: (06021010) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL DOURADOS)

Despacho (370948546)

Enviado em 08/01/2024 09:55

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

1995062134 - Avaliação Social BPC/LOAS - Inicial (presencial) (Subtarefa)

---

Ref.: 87/7140662186Int.: JOSEANE ALVES DE SOUZAAss.: Conclusão da Avaliação SocialPrezado(a) JOSEANE ALVES DE SOUZA,Nessa data, foi concluída a Avaliação Social do pedido de Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC/Loas).Atenciosamente,Marcia Castro Andreo BaronceliAssistente SocialSIAPE 1707585CRESS 2625



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:                 | JOSEANE ALVES DE SOUZA                                     |
| CPF:                                | 253.571.758-10                                             |
| Protocolo do Requerimento:          | 670440777                                                  |
| Espécie do Benefício:               | 87                                                         |
| Nome da Espécie:                    | BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA |
| Número do Benefício:                | 714.066.218-6                                              |
| Número de Inscrição do Trabalhador: | 163.00024.09-2                                             |
| Data de Entrada do Requerimento:    | 14/11/2023                                                 |
| Número do Requerimento:             | 59273017                                                   |
| Data do Início do Benefício:        | 14/11/2023                                                 |
| Data do Início do Pagamento:        | 14/11/2023                                                 |

### 2. INFORMAÇÕES PRESTADAS NO ATO DO REQUERIMENTO

As informações abaixo foram prestadas no requerimento do benefício e utilizadas na análise:

| Campo                                                                                                                                              | Valor                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Aceita receber notificações pelo WhatsApp?                                                                                                         | A) Sim                 |
| Aceita receber notificação de Banco ou instituição financeira sobre o seu primeiro pagamento?                                                      | B) Não                 |
| 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                                                                                                                                                 | 7140662186             |
| NR                                                                                                                                                 | 59273017               |
| 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                    |





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

|                                                                                     |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 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           |
| AVALIACAO_CONJUNTA_REAPROVEITADA                                                    | Nao           |
| Data de criação da tarefa                                                           | 14/11/2023    |

### 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 | JOSEANE ALVES DE SOUZA |
|------|------------------------|



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| Parentesco         | -           |
| Data de Nascimento | 31/10/1975  |
| NIT                | 16300024092 |
| CPF                | 25357175810 |
| 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 08/01/2024.

◦ **Avaliação Médica:**

Foi realizada avaliação médica em 21/11/2023 tendo sido confirmada a existência de impedimento de longo prazo.

◦ **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".



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**Brasília/DF, 08 de Janeiro de 2024.**

Despacho (370948857)

Enviado em 08/01/2024 09:56

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

1096760279 - Acertos para análise (Subtarefa)

---

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Avaliação Conjunta

Benefício: 714.066.218-6

Espécie: 87 - Amparo Social Pessoa Portadora Deficiência

#### TITULAR

|                           |                                                  |               |                |
|---------------------------|--------------------------------------------------|---------------|----------------|
| Nome:                     | JOSEANE ALVES DE SOUZA                           |               |                |
| NIT:                      | 1.630.002.409-2                                  | CPF:          | 253.571.758-10 |
| Data de nascimento:       | 31/10/1975                                       | RG:           | 32195617       |
| Sexo:                     | FEMININO                                         | Estado Civil: |                |
| Escolaridade:             |                                                  |               |                |
| Local Moradia:            | Vive em residência                               | Telefone:     | 67 999609420   |
| Endereço:                 | R DA 7, 2955 - DEOCLECIO ARTUZI 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                           | 08/01/2024                             | 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                   | 21/11/2023                                 |                                       |
| Nome do Serviço                         | Local de Realização                        | Ordem                                 |
| Avaliação Médico Pericial BPC/LOAS      |                                            |                                       |
| SIAPE do Perito                         | CRM                                        | CADMED                                |
| 1499663                                 |                                            | 600970                                |
| Indicador de Impedimento de Longo Prazo | Indicador de Agravante de Funções do Corpo | Indicador de Prognóstico Desfavorável |
| Sim                                     | Não                                        | Não                                   |

| Fatores Ambientais |    |    |    |    |
|--------------------|----|----|----|----|
| e1                 | e2 | e3 | e4 | e5 |
| 3                  | 1  | 1  | 2  | 2  |

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

| Funções do Corpo |    |    |    |    |    |    |    |  |
|------------------|----|----|----|----|----|----|----|--|
| b1               | b2 | b3 | b4 | b5 | b6 | b7 | b8 |  |
| 2                | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  | 1  |  |

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

| 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 (370948887)

Enviado em 08/01/2024 09:56

670440777 - 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 14/11/2023, nº 714.066.218-6, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício. O indeferimento do BPC pode ocorrer por mais de um motivo, conforme o caso concreto. Em relação ao seu requerimento, o indeferimento do seu pedido se deu pelo(s) seguinte(s) motivo(s): Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS. Comunicamos que os agendamentos pendentes, vinculados a este pedido, serão automaticamente cancelados. Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos do Seguro Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 36, §1º do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada aprovado pelo Decreto nº 6.214/07. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS ([meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br)) ou pela Central 135.



# **Anexos de Perícias Médicas**



PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1025586926

Data de entrada: 15/11/2023 - Central de Serviços -

## Dados Básicos

|                                                                                          |                                                            |                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Serviço</b><br>Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias) | <b>Status</b><br>Concluída                                 | <b>Prioridade</b><br>Normal                                   |
| <b>Unidade</b><br>01400 - SUBSECRETARIA DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL                        | <b>Data de entrada do requerimento</b><br>15/11/2023 03:46 | <b>Canal de atendimento</b><br>Central de Serviços - Intranet |
|                                                                                          | <b>Última atualização</b><br>21/11/2023 08:30              |                                                               |

## 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 |
|----------------|------------------------|-----------------|----------------------|
| 253.571.758-10 | JOSEANE ALVES DE SOUZA | 31/10/1975      | LUIZA ALVES DE SOUZA |

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

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

## Anexos

A tarefa não possui anexos.

Comentário (7134233)

Enviado em 21/11/2023 08:30

Unidade: 01400 - DEPARTAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA FEDERAL

1025586926 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

---

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia