

Dados Básicos

Serviço Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	Status Concluída	Prioridade Normal
Unidade de Protocolo SEÇÃO DE GERENCIAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO	Data de entrada do requerimento 12/11/2020 13:47	Canal de atendimento Central de Serviços - Central 135
	Última atualização 09/06/2022 15:25	

Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

Campos adicionais:

Campo	Valor
Você é Procurador ou Representante Legal para este pedido?	B) Não
Possui inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico?	A) Sim
Seu cadastro no CadÚnico foi atualizado há menos de dois anos?	A) Sim
Qual seu estado civil?	A) Solteiro
Onde você mora?	B) Moro em residência com pessoas da minha família
Além das pessoas já informadas, há algum outro membro que componha o grupo familiar ou algum membro que não possua número de CPF?	B) Não
Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família?	B) Não
Você é estrangeiro em situação regular no Brasil?	B) Não
Possui pendências	NÃO
Renda menor que um quarto do salário mínimo	SIM
Quantidade dos membros do grupo familiar	1
Renda per capita do grupo familiar	0.0
Total da renda do grupo familiar	0.0
NB	710.693.304-0
NR	44759907
NB	710.693.304-0

Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
814.868.472-34	CLEILTON DE JESUS	24/03/1986	ROSANA APARECIDA DE JESUS

Procuradores / Representantes Legais

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
018.899.502-11	LORRAINY CAMPOS DA SILVA	01/09/1994	MARIA IMACULADA SILVA

Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
228243407	LaudoCleiton..pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243400	doc. de identificação.Cleiton.pdf		209,58kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243406	Declaração de residência.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243401	documentos de identificaçãocompanheira.pdf		87,92kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				

Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
228243404	CTPSMARLENE.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243409	CADUNICO.CLEITON.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243402	CPFCompanheira.pdf		87,92kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243398	Termo de Responsabilidade Cleiton.pdf		139,66kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243403	CTPS-CLEILTON.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243399	procuraçaoCleiton.pdf		209,58kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243408	Composição grupo familiar.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243410	Cleilton-Petição Inicial.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
228243405	Declaração de renda.pdf		583,48kB	17/12/2021 00:00	Não
317869975	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
270516603	Documento1.pdf		154,52kB	1523598 - 09/06/2022 15:25	Não
317869975	- 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 220609OM9TQT26

Despacho (109632771)

Enviado em 28/11/2020 23:38

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO
317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Prezado servidor, com base no resultado da simulação, o requerimento não possui pendências. Desta forma, sugerimos o agendamento da avaliação social e da perícia médica.

Despacho (129223485)

Enviado em 25/02/2021 23:09

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Transferencia de Tarefa para analise junto a Superintendencia Regional Norte Centro Oeste

Despacho (165589929)

Enviado em 22/07/2021 23:24

Unidade: 231509 - DIVISÃO DE ATENDIMENTO

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Tarefa transferida para o repositorio da CEAP na Superintendencia Regional Norte/Centro Oeste para integracao com o Sistema SIBE-PU

Despacho (168787846)

Enviado em 05/08/2021 22:00

Unidade: 23001890 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAP SR-V

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Transferido para tratamento prèvio, conforme Portaria DIRBEN/INSS nº 902, de 23 de junho de 2021

Despacho (193418650)

Enviado em 18/11/2021 03:14

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Prezado Senhor,

Para análise de seu pedido, é necessário atender à seguinte solicitação no prazo de 30 dias:

1. Cadastro Único atualizado. Se você ainda não fez sua inscrição no CadÚnico ou se ela foi feita há mais de dois anos, procure o CRAS - Centro de Referência de Assistência Social mais próximo da sua residência. No CadÚnico deverão ser incluídos os dados e CPF de todos os integrantes do grupo familiar.

2. Apresentar os documentos pessoais de todos os componentes de seu grupo familiar.

3. Documentos para aplicação de descontos na renda bruta familiar. Outra condição exigida para concessão do BPC é que o total da renda familiar dividida pelo número de seus integrantes seja menor ou igual a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo em vigor. Caso a renda da sua família ultrapasse esse limite, poderão ser descontados exclusivamente os gastos com tratamentos de saúde nas seguintes categorias: consultas e tratamentos médicos, fraldas, alimentação especial e medicamentos da pessoa com deficiência. O desconto será aplicado uma única vez, para cada categoria, no valor médio do respectivo gasto:

a) Medicamentos - desconto de R\$ 40 (quarenta reais)

b) Consultas e tratamentos médicos não disponibilizados pelo SUS - desconto de R\$ 81 (oitenta e um reais)

c) Serviços não disponibilizados pelo SUAS (Centro-Dia) - desconto de R\$ 29 (vinte e nove reais)

d) Fraldas - desconto de R\$ 89 (oitenta e nove reais)

e) Alimentação especial - desconto de R\$ 109 (cento e nove reais)

Para que o desconto seja aplicado deverá ser comprovado que os tratamentos de saúde não são oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e/ou Serviço Único de Assistência Social (SUAS) e que esses gastos são contínuos e comprovadamente necessários à preservação da saúde e da vida. Para isso deverá apresentar:

I - Documentação médica informando qual(is) tratamento(s) faz uso e se é de natureza contínua;

II - Declaração do órgão responsável informando que o(s) tratamento(s) não são disponibilizados gratuitamente pelo SUS;

III - Documentação emitida pela Assistência Social que demonstre a necessidade de utilização do Serviço de Proteção Especial para idosos, Pessoas com Deficiência e suas famílias (Centro-Dia);

IV - Declaração informando que concorda com a aplicação do desconto pelo valor médio.

Caso você não concorde com o desconto pelo valor médio, poderá comprovar que seus gastos efetivos com o(s) tratamento(s) de saúde não disponibilizados pelo SUS são maiores. Para isso deverá apresentar:

* Documentação médica informando qual(is) tratamento(s) faz uso e se é de natureza contínua;

* Declaração do órgão responsável informando que o(s) tratamento(s) não são disponibilizados gratuitamente pelo SUS;

* Recibos de cada um dos 12 meses anteriores ao pedido do BPC ou em número igual ao tempo de vida do requerente caso a idade seja inferior a um ano;

* Declaração informando que não concorda a aplicação do desconto pelo valor médio.

4. Agendar avaliação social e perícia médica pelo Meu INSS (aplicativo ou site meu.inss.gov.br), acessando a opção “Consultar Pedidos” e clicando em “Detalhar”. O agendamento também pode ser feito pelo telefone 135.

5. Informar por escrito se autoriza o INSS a alterar a data de entrada do requerimento para a data em que adquiriu direito ao benefício, caso necessário.

Apresente os documentos solicitados por meio do Meu INSS. Caso prefira ser atendido em uma agência do INSS, agende seu atendimento pela Central 135 ou pelo Meu INSS solicitando o serviço “Cumprimento de exigência”.

O não atendimento dessa solicitação dentro do prazo estabelecido poderá acarretar o indeferimento do pedido.

Despacho (200256651)

Enviado em 17/12/2021 00:38

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Cumprimento de exigência realizado.

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ou CTC.

EU: CLEILTON DE JESUS

CPF: 814.868.472-34

Tel: 69 99324-1803

Endereço: R. Lucila de Carvalho nº5554 Bairro Texeirão Porto Velho/RO

Email: lorrainycampos@adv.gmail.com

Solicito o protocolo do seguinte serviço:

Escolaridade: Ensino Fundamental

Cor/Raça: Pardo

Estado Civil: Solteiro

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL

Observações: BENEFÍCIO ASSISTENCIAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

E declaro que:

Não autorizo o depósito em conta corrente / poupança no presente momento.

Opto em receber as comunicações do andamento do processo, bem como autorizo o envio de intimações pela forma eletrônica no email: lorrainycampos@adv.gmail.com nos termos do §3º do Art. 42 do Anexo da Resolução nº166/PRES/INSS, de 11 de novembro de 2011.

Declaro também estar ciente de que devo acompanhar o andamento do meu pedido através do site do INSS e de que as informações ora prestadas são verídicas, estando sujeito às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal.

Local:

Assinatura: Por procuração

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Eu, Lorrainy Campos da Silva, inscrito no CPF sob o nº01889950211, pelo presente Termo de Responsabilidade, comprometo-me a comunicar ao INSS qualquer evento que possa anular a presente procuração, no prazo de trinta dias, a contar da data que o mesmo ocorra, principalmente o óbito do segurado/pensionista, mediante apresentação da respectiva certidão.

Estou ciente que 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.

Local: Porto Velho, 16 dezembro de 2021

Assinatura: Por procuração

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CLEILTON DE JESUS, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da Carteira de Identidade n.º 848337 SSP/PE, e CPF 814.868.472-34, fone:(69) 99267-2954, residente e domiciliada na Rua Ibrahim Sued nº 5413, bairro: Teixerão Cep 76825-227, Porto Velho - RO.

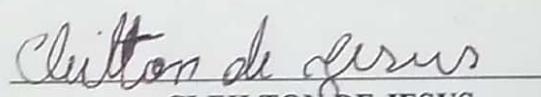
OUTORGADA: LORRAINY CAMPOS DA SILVA, brasileira, advogada, casada, regularmente inscrita na OAB/RO sob o nº 10884, com e-mail: lorrainycampos.adv@gmail.com , com endereço profisional na Rua Reco Reco, 1813 – CEP: 76811-468 – Porto Velho - RO.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração e na melhor forma de direito, o OUTORGANTE, acima qualificado, constitui a OUTORGADA, também acima qualificada, como sua advogada e bastante procuradora, conferindo-lhe todos os poderes admitidos na cláusula "Ad Judicia" visando a obtenção de **BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO/ ASSISTENCIAL** para o CONTRATANTE pela via administrativa e/ou judicial, podendo a OUTORGADA, representá-la perante o **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS** ou qualquer outro **JUÍZO**, agindo em conjunto ou isoladamente, independente da ordem de nomeação, tudo assinar, requerer, acordar, discordar, transigir, desistir e recorrer para qualquer instância ou tribunal, além de receber ALVARÁS, RPV / PRECATÓRIOS, enfim praticar todos os atos necessários ao bom, fiel e cabal cumprimento do presente mandato e exercício de suas funções, inclusive substabelecer os poderes ora conferidos, total ou parcialmente, com ou sem reservas.

O OUTORGANTE, desde já, AUTORIZA A RETENÇÃO DE 30% (trinta por cento) dos créditos, a título de honorários advocatícios, do resultado financeiro do benefício obtido pela via administrativa e/ou judicial, do RPV / Precatório/ ALVARÁ expedido, conforme contrato de prestação de serviços. RESSALTANDO, inclusive, que em caso de acordo judicial, extrajudicial ou outra forma de composição, os valores dos honorários contratuais são devidos conforme contratados.

PODER ESPECÍFICO: a presente procuração confere à OUTORGADA o poder específico para **RENUNCIAR** ao recebimento de valores que porventura suplantarem 60 (sessenta) salários mínimos na data da propositura da ação perante os Juizados Especiais Federais de Rondônia.

Porto Velho - RO, 03 de Setembro de 2021.


CLEILTON DE JESUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA, DEFESA E CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ENORACIA DA COSTA FRANCISCO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA CONSTITUÍDA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

848337

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/02/2016

NOME

CLEILTON DE JESUS

FILIAÇÃO

Rosana Aparecida de Jesus

NATURALIDADE

Porto Velho- RO

DATA DE NASCIMENTO

24/03/1986

Data Exp.31/01/1995

DOC ORIGEM

Cert. Nascimento nº 130.727, Liv A 306 Fls. 253
Emiss. Porto Velho- RO

CPF

SPASEP

81486847234

00001- 2º Via

LUIZ Carlos de Lima
ASSINATURA DO EXPEDIDOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
325.811.902-30

Nome
MARLENE PEREIRA DA SILVA

Nascimento
03/03/1964

CÓDIGO DE CONTROLE
08AD.4948.CF45.A3AA



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 23:48:27 do dia 16/12/2021 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar os danos à profissão".
Mais, ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada cidadão é uma lição que deve ser apreciada,

para evitá-las maiores desgraças.
Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico.
Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais;

mas você deve concordar para o agravamento de sua lesão.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Alcada às recomendações dos Membros da CIPA e de

seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde

você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a aci-

dentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos

cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os antifós, pulseiras, gravatas e mangas compridas não

fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máqui-

nas nos devidos lugares.

Parte a máquina quando tiver que consertá-la ou

lubrificá-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositi-

vos de combate ao fogo existentes em seu local de tra-
balho.

Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 012672 Série 001 - RO



Assinatura do Portador

Eduardo de Jesus

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Cleiton de Jesus

Loc. Nasc.

Xanto Velho

Est. Rio

Data 26/03/86

Filiação

Mosana Aparecida de Jesus

Doc. Nº

C. N. N° 130.721/LIVR. A. 306 /Fls. N° 253

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão / / 2008 DRT

Maria Alencar Barbosa

Responsável p/ emissão

Assinatura do Funcionário

de C.T.P.S.



ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

9

12

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CNPJ/MF
Rua
Município
Esp. do estabelecimento N°
Cargo Est.Data admissão
CBO nº
Registro nº de
Remuneração especificada Fis/Ficha de
Ass. do empregador ou a rogo chst.

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CNPJ/MF
Rua
Município N°
Esp. do estabelecimento Est.Data admissão
CBO nº
Registro nº de
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rogo chst.

13

Pº Ass. do empregador ou a rogo chst.
 Data saída de Ass. do empregador ou a rogo chst.
 Pº Ass. do empregador ou a rogo chst.
 Pº Ass. do empregador ou a rogo chst.
 Com. Dispensa CD Nº Ass. do empregador ou a rogo chst.

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
.....

CNPJ/MF
Rua
Município
Esp. do estabelecimento N°
Cargo Est.

Data admissão CBO nº
Registro nº de
Remuneração especificada
.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Com. Dispensa CD Nº
.....

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
.....

CNPJ/MF N°
Rua
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo CBO nº
.....

Data admissão de
Registro nº Fls/Ficha de
Remuneração especificada
.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

.....
Pº Zº
Data saída de de

Com. Dispensa CD Nº
.....

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada,

para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Parce a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

VIA

Número

0036028

Série 00006 - RO



Marlene Pereira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Marlene Perreira da Silva

Loc. Nasc. Brasília Est. AC Data 03/03/96
Filiação Ronaldo Perreira Garcia
Darcy da Silva Oliveira
Doc. Nº C. Nasc. Nº 16.008 fls. 283 2V 29

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / Estado
Obs.:
Data Emissão 18/11/2002 DRT/RG



Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Nome

Doc.

Est. Civil

Doc.

Doc.

Nascimento

Doc.

Doc.

.....

10

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em / / como
Nº Liv. Fls. Data sob
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
Nº Liv. Fls. Data sob
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
Nº Liv. Fls. Data sob
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como
Nº Liv. Fls. Data sob
DRT Ass. do Funcionário

11

DEPENDENTES

Nome	Est. Civil	Idade	Grau Parentesco
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
.....
.....
.....
.....

12

CONTRATO DE TRABALHO
736082/0001-59

Empregador **OTELERA DOURADA LTDA - ME**
CNPJ/MF **Gov. Jorge Teixeira, 1128**
Rua **Nº ... CEP 78.901-800** N°
Município **RO** Est.
Esp. do estabelecimento **RJ**
Cargo **Assistente Serviços Gerais**
CBO n°
Data admissão **01 de 04 de 2002**
Registro n° **Fls./Ficha**
Remuneração especificada **R\$ 214,29**
(Quarenta e quatro reais e vinte e sete centavos)
OTELERA DOURADA LTDA - ME
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída **21 de Novembro de 2002**
Betty Bellota da Madsen
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

13

CONTRATO DE TRABALHO
04 655 970/0001 - 86

Empregador **O. R. M. BELLOTA - ME**
CNPJ/MF **Rua Jundia, s/nº**
Rua **Lagoa - CEP. 78.910-270** N°
Município **Porto Velho - RO**
Sob o selo do estabelecimento **RO**
Cargo **Assistente Ficas**
CBO n°
Data admissão **15 de Setembro de 2003**
Registro n° **Fls./Ficha**
Remuneração especificada **R\$ 240,00**
(Quarenta e quinze reais/mês)
O. R. M. BELLOTA - ME
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída **13 de Novembro de 2003**
O. R. M. BELLOTA - ME
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

05923305/0001-59
CONTRATO DE TRABALHO
MARIA GENETRIZ P. ARAUJO
Empregador AV. CARLOS GOMES, 2841
SÃO CRISTOVÃO - CEP 78901-200
CNPJ/MF
PORTO VELHO
Rua N°
Município Est.
Esp. do estabelecimento HOTEL VELHO
Cargo SERVIDOR PESSOAL
CBO n° 3477.0
Data admissão 01 de Novembro de 2004
Registro n° 01 Fls./Ficha
Remuneração especificada R\$ 260,00
(Bemto - Serafim Peixoto)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data saída de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD N°

34736082/0001-59¹⁵
CONTRATO DE TRABALHO
HOTEL ERA DOURADA LTDA - ME
Empregado Gov. Jorge Teixeira, 1128
São Cristovão - CEP 78901-200
CNPJ/MF
PORTO VELHO
Nº
Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo SERVIDOR FIAS
CBO n°
Data admissão 01 de Abril de 2005
Registro n° Fls./Ficha
Remuneração especificada R\$ 260,00
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Data saída 20 de maio de 2005
Bobby Bellota de Medina
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD N°

16

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador LGL LAVANDERIA LTDA

CNPJ/MF 13.516.318/0001-71

Rua Emanalara N° 1666

Município Porto Velho Est. RO

Esp. do estabelecimento Lavanderia

Cargo Auxiliar de lavanderia CBO n° 516345

Data admissão 01 de Setembro de 2014

Registro n° 01 Fls./Ficha 17

Remuneração especificada 762,00

(Setecentos e sessenta e dois reais)

Lançado
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 14 de Setembro de 2014

Lançado
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

17

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: SAMUEL AUGUSTO SIQUEIRA

CPF: 007.282.682-72

Endereço: PAULO LEAL 585, KM 1 - CEP: 76804-106.

Município: Porto Velho RO

Esp. do Estabelecimento: RESIDENCIAL

Cargo: EMPREGADA DOMESTICA CBO: 5121-05

Data de Admissão: 20/10/2014

Registro n.º 00003

Remuneração Específica: R\$ 724,00 (setecentos e vinte e quatro Reais), por mês.

Lançado
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 10 de Setembro de 2015

Lançado
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°

18

CONTRATO DE TRABALHO

84.609.320/0002-14
B BELLOTA DE MEDINA - ME
Rua Dom Pedro II nº 3080 - NOVA P. VELHO
Cep: 76820-136
Porto Velho - RO

Cargo: Serviços Gerais CBO: 5143-25

Data admissão 03 de AGOSTO de 2015
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada R\$ 830,00
(oitocentos e trinta Reais) por mês

Betty Bellota de Medina
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 31 de MARÇO de 2016
Betty Bellota de Medina
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

19

CONTRATO DE TRABALHO

Emp: ILKA VALERIA DA SILVA OLIVEIRA

CNPJ: 902.740.322-87
Endereço: AV CALAMA 06358
IGARAPE
PORTO VELHO RO
Atividade:
Função: EMPREGADA DOMESTICA
CBO: 5121-05 Admissão: 01/12/2016
Salário: 880,00 Mensal
Oitocentos e Oitenta Reais

x Ilka Valeria da Silva Oliveira

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 11 de outubro de 2017
x Ilka Valeria da Silva Oliveira
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

20

CONTRATO DE TRABALHO

Emp.: ILKA VALERIA DA SILVA OLIVEIRA

CNPJ: 900.740.322-87

Endereço: AV CALAMA 06358

IGARAPE

PORTO VELHO RO

Atividade:

Função: EMPREGADA DOMESTICA

CBO: 5121-05 Admissão: 03/03/2018

Salário: 954,00 Mensal

Novecentos e Cinquenta e Quatro Reais

Ilka Valeria da Silva Oliveira

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída *31* de *março* de *2018*

Ilka Valeria da Silva Oliveira

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD N°

21

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD N°

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Memorando Circular Conjunto nº 7/DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/INSS, de 17 de fevereiro de 2017

Anexo II do Memorando Circular Conjunto nº 3/DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/INSS, de 12 de janeiro de 2017, alterado

DECLARAÇÃO DE RENDA DO GRUPO FAMILIAR

Nome do Requerente: CLEILTON DE JESUS

CPF do Requerente: 814.868.472-34

Nome Social:

Renda Mensal do Requerente (Extrair valores do CADÚNICO, SUB, CNIS e SD; obter declaração dos valores dedutíveis; e efetuar cálculo da renda)

Remuneração do Trabalho	Outras Fontes (Valores a serem deduzidos)
(+) Remuneração bruta do trabalho no último mês	R\$ 0,00
Demais Rendas Contabilizadas	
(+) Ajuda/doação regular de não morador	(-) Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporários (renda cujo valor, se existir, não deverá ser informado neste formulário porque não está contida no Cadastro Único)
(+) Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	
(+) Seguro-desemprego	(-) Rendimentos decorrentes de contrato de Aprendizagem
(+) Pensão alimentícia	(-) Benefícios de natureza de assistência médica (somente valores do Programa "De Volta Para Casa" - Lei nº 10.708/03)
(+) Outras fontes de renda exceto bolsa família ou outras rendas similares	(-) Rendas de natureza eventual ou sazonal (desde que se dividida por doze, o resultado seja inferior a 1/4 do salário mínimo)
(+) Subtotal:	R\$ 0,00
	(-) Subtotal: R\$ 0,00
	Valor Aferido do Titular: R\$ 0,00

(1) RENDA DOS COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR

Nome do Membro Familiar: MARLENE PEREIRA DA SILVA

CPF do Membro Familiar: 325.811.902-30

Nome Social:

Renda Mensal do Membro Familiar (Extrair valores do CADÚNICO, SUB, CNIS e SD; obter declaração dos valores dedutíveis; e efetuar cálculo da renda)

Remuneração do Trabalho	Outras Fontes (Valores a serem deduzidos)
(+) Remuneração bruta do trabalho no último mês	R\$ 300,00
Demais Rendas Contabilizadas	
(+) Ajuda/doação regular de não morador	(-) Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporários (renda cujo valor, se existir, não deverá ser informado neste formulário porque não está contida no Cadastro Único)
(+) Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	
(+) Seguro-desemprego	(-) Rendimentos decorrentes de contrato de Aprendizagem
(+) Pensão alimentícia	(-) Benefícios de natureza de assistência médica (somente valores do Programa "De Volta Para Casa" - Lei nº 10.708/03)
(+) Outras fontes de renda exceto bolsa família ou outras rendas similares	(-) Rendas de natureza eventual ou sazonal (desde que se dividida por doze, o resultado seja inferior a 1/4 do salário mínimo)
	(-) Benefício de Prestação Continuada de idoso - BPC/LOAS - espécie 88 (quando o requerente for idoso)
(+) Subtotal:	R\$ 300,00
	(-) Subtotal: R\$ 0,00
	Valor Aferido do Componente do Grupo Familiar: R\$ 300,00

(2) RENDA DOS COMPONENTES DO GRUPO FAMILIAR

Nome do Membro Familiar: GIOVANA DE LIMA MÉNDES

CPF do Membro Familiar: 086.901.432-38

Nome Social:

Renda Mensal do Membro Familiar (Extrair valores do CADÚNICO, SUB, CNIS e SD; obter declaração dos valores dedutíveis; e efetuar cálculo da renda)

Remuneração do Trabalho	Outras Fontes (Valores a serem deduzidos)
(+) Remuneração bruta do trabalho no último mês	R\$ 0,00
Demais Rendas Contabilizadas	
(+) Ajuda/doação regular de não morador	(-) Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporários (renda cujo valor, se existir, não deverá ser informado neste formulário porque não está contida no Cadastro Único)
(+) Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	
(+) Seguro-desemprego	(-) Rendimentos decorrentes de contrato de Aprendizagem
(+) Pensão alimentícia	(-) Benefícios de natureza de assistência médica (somente valores do Programa "De Volta Para Casa" - Lei nº 10.708/03)
(+) Outras fontes de renda exceto bolsa família ou outras rendas similares	(-) Rendas de natureza eventual ou sazonal (desde que se dividida por doze, o resultado seja inferior a 1/4 do salário mínimo)
	(-) Benefício de Prestação Continuada de idoso - BPC/LOAS - espécie 88 (quando o requerente for idoso)
(+) Subtotal:	R\$ 0,00
	(-) Subtotal: R\$ 0,00
	Valor Aferido do Componente do Grupo Familiar: R\$ 0,00

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

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

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

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

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

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

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

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

Ratifico as informações declaradas pelo Responsável pela Unidade Familiar - RF no Cadastro Único.

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

Porto Velho
Local

13/02/21
Data

Clilton de Jesus
Assinatura do Requerente ou Representante Legal

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

Tipo de Representante:	<input type="checkbox"/> Pai	<input type="checkbox"/> Mãe	<input type="checkbox"/> Curador(a)	<input type="checkbox"/> Tutor(a)	<input type="checkbox"/> Procurador(a)	<input type="checkbox"/> Diretor(a) de Instituição	<input type="checkbox"/> Administrador(a) Provisório(a)	<input type="checkbox"/> Termo de Guarda	
Nome:							DN:	/	
CPF do RL:							Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc.	<input type="checkbox"/> Fem.
Endereço:							Complemento:		
Bairro:							UF:	CEP:	

RESUMO DO CÁLCULO DE RENDA PER CAPITA FAMILIAR

Quantidade de Componentes do Grupo Familiar:	2
Renda Total do Grupo Familiar:	R\$ 300,00
Renda Per Capita do Grupo Familiar:	R\$ 150,00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **CLEITON DE JESUS**, CPF nº 814.868.472-34, RG 848337 Órgão Exped. SSP/RO, telefone (69) 99215-1552, na falta de documentos para comprovação de residência, em conformidade com o disposto na Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, DECLARO para os devidos fins, sob penas da Lei, ser residente e domiciliado na Rua Lucia de Carvalho nº5554, Bairro: Texeirão.

Por ser verdade, firmo a presente declaração para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar na imputação de sanções civis, administrativas, bem como na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria 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. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular

Porto Velho, 16 de dezembro 2021.

Local / Data

Cleiton de Jesus

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SESAU

LAUDO MÉDICO
REFERENTE AO PACIENTE CLEILTON DE JESUS

ATESTO PARA FINS PREVIDENCIÁRIOS, QUE O SENHOR CLEILTON DE JESUS ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO COMIGO, APRESENTANDO UM QUADRO COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO CONTIDO NA CID10 COMO F20.0 / F19.8. O PACIENTE APRESENTA UM REPERTÓRIO AMPLO DE SINTOMAS PSICÓTICOS, COMO DELÍRIOS E ALUCINAÇÕES. O PACIENTE PERMANECE EM USO REGULAR DE MEDICAMENTOS E ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL. QUANTO A SUA CAPACIDADE LABORAL, ESTE PSIQUIATRA FALA POR INCAPACIDADE LABORAL TOTAL E PERMANENTE DE ACORDO COM ESTE ENTENDIMENTO.

CID-10: F20.0 / F19.8

Porto Velho, 06/12/2021

DR. DIONES CAVALI
MÉDICO PSIQUIATRA
CRM/RO 3962 RQE 1760

Dr. Diones C. Cavali
Médico Psiquiatra
CRM/RO 3962 RQE 1760

ANEXO I - REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - BPC
COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF do Requerente:	814.868.472-34	Pessoa com Deficiência	Pessoa Idosa
Nome do Requerente:	CLEILTON DE JESUS	Data de Nasc:	24/03/1986
Nome Social:		Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Endereço:	Rua Lucila de Carvalho nº 5554	Email:	
Bairro:	Texeirão	Município:	Porto Velho
UF:	RO	CEP:	76824-716
(69) 99215-1552	<input type="checkbox"/>	Telefone:	
Estado Civil:	Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado de Fato <input type="checkbox"/> Viúvo		

Local de convívio: (Preencher este campo somente quando o requerente se enquadrar em uma das situações abaixo)

Vive em situação de rua.

Vive Internado em instituição, abrigo, asilo ou hospital.

Nome da pessoa de contato/equipamento público ou entidade:

Endereço:

Município:

UF:

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF: 814.868.472-34 Nome: Cleiton de Jesus

<input type="checkbox"/> Nome Social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta	<input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheira
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pai/Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Menor Tutelado
	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a)		*Estado Civil: Solteiro

CPF: 325.811.902-30 Nome: MARLENE PEREIRA DA SILVA

<input type="checkbox"/> Nome Social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta	<input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheira
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pai/Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)	<input checked="" type="checkbox"/> Menor Tutelado
	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a)		*Estado Civil: solteira

CPF: Nome:

<input type="checkbox"/> Nome Social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta	<input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheira
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pai/Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Menor Tutelado
	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a)		*Estado Civil: Solteira

CPF: Nome:

<input type="checkbox"/> Nome Social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta	<input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheira
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pai/Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Menor Tutelado
	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a)		*Estado Civil: Solteiro

CPF: Nome:

<input type="checkbox"/> Nome Social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta	<input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheira
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pai/Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Menor Tutelado
	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a)		*Estado Civil:

CPF: Nome:

<input type="checkbox"/> Nome Social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta	<input type="checkbox"/> Cônjugue/Companheira
Parentesco:	<input type="checkbox"/> Pai/Padrasto	<input type="checkbox"/> Irmão(ã) Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Menor Tutelado
	<input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a)		*Estado Civil:

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: CLEILTON DE JESUS Data de Nasc. 23/03/1986

CPF: 814.868.472-34 Email:

Sexo: Masc. Fem.

Endereço: RUA Lucila de Carvalho Nº 5554

Telefone: (69) 99215-1552

Bairro: Texeirão

Município: PORTO VELHO

UF: RO CEP: 76824-716

Declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são completas e verdadeiras e que as informações constantes do Cadastro Único estão atualizadas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro que estou ciente de que devo atualizar as informações do Cadastro Único para fins de concessão e manutenção do BPC.

Declaro que não recebo qualquer benefício municipal ou estadual no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, ressalvados os de assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória, nos termos do art. 9º, inciso III, do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.

Local: PORTO VELHO

Data: 13/12/2021

Cleilton de Jesus
Assinatura do Requerente ou Representante Legal

FOLHA RESUMO CADASYSR ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 064243448-45 4.10 Data da Entrevista: 18/10/2021

RENDIMENTO PER CAPITA DA FAMÍLIA: 150,00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: TEIXEIRAO

1.12 - Tipo: RUA

1.13 - Trabalho:

1.14 - Nome: LUCIA CARVALHO

1.15 - Número: 5554 5551

1.16 - Complemento do Número:

1.17 - Complemento Adicional:

1.18 - Cep: 76.824-716

1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: MARLENE PEREIRA DA SILVA

4.03 - NIS: 12728189654

4.06 - Data de Nascimento: 03/03/1964

4.07 - Parentesco com Responsável Familiar: NAO PAF TE

4.02 - Nome Completo: CLEILTON DE JESUS

4.03 - NIS: / 23777569115 //

4.06 - Data de Nascimento: 24/03/1986

Portelho RO 18/10/2021

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

Lcneus

Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastramento

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF.
(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)

AO GERENTE DA AGENCIA EXECUTIVA DO INSS -CEAB (CENTRAL DE ANÁLISES DE BENEFÍCIOS DIGITAIS)

CLEILTON DE JESUS, já devidamente qualificado no supracitado processo administrativo, ao cumprir com os requisitos da Lei Orgânica de Assistência Social(LOAS), bem como de posse da documentação necessária vem solicitar a imediata implementação do **DO BENEFÍCIO ASSISTENCIAL A PESSOA COM DEFICIENCIA Portador da doença CID 10 F20.0 / F19.8 ESQUIZOFRENIA.** A familia não possui meios de prover sua manutenção com alimentação adequada, medicamento e exames específicos.

Pelo presente, assume inteira responsabilidade, pelo requerimento, e pela veracidade do compromisso firmado.

Termos em, que Pede e espera deferimento

Porto Velho-RO, 13 de dezembro de 2021

LORRAINY CAMPOS DA SILVA

OAB/RO 10.884

Despacho (200256764)

Enviado em 17/12/2021 00:40

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 1951747804 - data e hora da solicitação: 17/12/2021 00:40 - data e hora agendada: 02/02/2022 16:10 - unidade: (26001060) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL PORTO VELHO - EMBRATEL)

Despacho (200256827)

Enviado em 17/12/2021 00:41

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Agendamento de avaliação social realizada com sucesso(protocolo: 784292897 - data e hora da solicitação: 17/12/2021 00:41 - data e hora agendada: 03/03/2022 14:00 - unidade: (26001060) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL PORTO VELHO - EMBRATEL)

Despacho (212201309)

Enviado em 16/02/2022 12:22

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

CLEILTON DE JESUS (CPF 814.868.472-34) adicionou LORRAINY CAMPOS DA SILVA (CPF 018.899.502-11) como procurador(a) do processo pelo canal Central de Serviços - Internet.

Despacho (215631174)

Enviado em 03/03/2022 15:47

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO
923126711 - Avaliação Social BPC/LOAS - Inicial (presencial) (Subtarefa)

Ref.: 87/7106933040Int.: CLEILTON DE JESUSAss.: Conclusão da Avaliação SocialPrezado(a) CLEILTON DE JESUS,Nessa data, foi concluída a Avaliação Social do pedido de Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (BPC/Loas).Atenciosamente,Roberta Setton Sampaio de CarvalhoAssistente SocialSIAPE 1991875CRESS 636

Despacho (225249742)

Enviado em 14/04/2022 21:23

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO
1542332863 - Acertos para análise (Subtarefa)

Transferencia para que se proceda com a analise junto da Superintendencia Regional Norte Centro Oeste

Despacho (236242706)

Enviado em 06/06/2022 17:31

Unidade: 23001240 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO
317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

Transferencia para que se proceda com a analisa da tarefa

Despacho (236259160)

Enviado em 06/06/2022 18:32

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV
1542332863 - Acertos para análise (Subtarefa)

Transferencia para que a analise ocorra na tarefa principal

Despacho (237092740)

Enviado em 09/06/2022 15:22

317869975 - 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 12/11/2020, nº 710.693.304-0, 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.

Despacho (237092782)

Enviado em 09/06/2022 15:22

Unidade: 23150911 - SEÇÃO DE SUPORTE À REDE

1542332863 - Acertos para análise (Subtarefa)

Benefício indeferido implantado

Despacho (237093759)

Enviado em 09/06/2022 15:25

Unidade: 23150912 - SEÇÃO DE GERENCIAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO

317869975 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

NB: 710.693.304-0

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social Araguaína, em 09 de junho de 2022 E/NB: 87/710.693.304-0 Int:

CLEILTON DE JESUSA Assunto: Indeferimento do Requerimento

1. Trata-se de Benefício Assistencial ao Deficiente Indeferido em razão do(a) Requerente não atender ao critério de deficiência para acesso ao benefício, nos termos dos §§ 2º e 6º, art. 20 da Lei nº 8.742/93.
2. Benefício indeferido, e a tarefa correspondente encerrada nesta data.

EDEVALDO PEREIRA DOS SANTOS TEc do Seguro Social

Matr. 1523598



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

Identificação do Filiado

Nit: 1.178.601.462-3
Data de Nascimento: 24/03/1986

09/06/2022 15:16:29

CPF: 814.868.472-34**Nome:** CLEILTON DE JESUS**Nome da Mãe:** ROSANA APARECIDA DE JESUS**Consulta Extrato Previdenciário****Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	1.178.601.462-3		RECOLHIMENTO	Contribuinte Individual		01/10/2019	31/03/2020		IREC-INDPEND
2	1.674.103.859-1	7028875300	87 - AMP. SOCIAL PESSOA PORTADORA	Não Informado					
3	1.674.103.859-1	6139058655	DEFICIENCIA	Não Informado					
			31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	Não Informado					

Legenda de Indicadores

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IREC-INDPEND	Recolhimentos com indicadores/pendências		



Identificar Filiado - Portal do Cidadão

Dados Cadastrais			
NIT 11786014623	Fonte do NIT PREVIDÊNCIA		
Administrador do NIT	Fonte Cadastramento CNIS		
Ano da administração 2005	Data de Cadastramento 14/06/2005	Data de Atualização 16/02/2022	
Dados Básicos			
Nome CLEILTON DE JESUS Nome da Mãe ROSANA APARECIDA DE JESUS Nome do Pai IGNORADO Sexo MASCULINO Estado Civil Grau de Instrução FUNDAMENTAL INCOMPL. Cor/Raça NÃO DECLARADA Data Nascimento 24/03/1986 Data de Óbito Nacionalidade BRASILEIRA País de Origem BRASIL Data de chegada Município de Nascimento PORTO VELHO UF de Nascimento RO			
Documentos			
CPF 81486847234 Identidade Número: 848337 Orgão Emissor: OUTROS UF: RO Data de Emissão: 12/02/2016 CTPS Número: 12672 Série: 1 UF: RO Data de Emissão: 22/07/2002 Título de Eleitor Número: 014168602305 Data de Emissão: CNH Doc. Estrangeiro Carteira de Marítimo Passaporte Certidões Civis			
Contato			
Endereço principal	Tipo Logradouro: RUA, Logradouro: LUCIA CARVALHO - DE 5303 A 5486, Número: 5554, Complemento: , Bairro: PANTANAL, PORTO VELHO - RO, CEP: 76824716		
Endereço Secundário			
Telefone 1 55- (69) 993241803	Telefone 2	Celular 55- (69) 993241803	
Email lorrainyc57@gmail.com			
Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome
16444050627	PIS	81486847234	CLEILTON DE JESUS
23777569115	CADSUS	81486847234	CLEILTON DE JESUS
16741038591	PREVIDÊNCIA	81486847234	CLEILTON DE JESUS



Bases Governamentais - Painel do Cidadão

Dados do Filiado			
Nome	Data de Nascimento	CPF	NIT
CLEILTON DE JESUS	24/03/1986	81486847234	11786014623
QSA			
Não existem dados disponíveis.			
Cadastro Único			
Não existem dados disponíveis.			



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

BRASILIA, 9 de Junho de 2022

NIT: 1.178.601.462-3

Número do Benefício: 710.693.304-0

Espécie: 87

Ao Sr(a):

CLEILTON DE JESUS

ASSUNTO:

Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social à Pessoa com Deficiência

DECISÃO:

INDEFERIDO

MOTIVO:

Não atende ao critério de deficiência para acesso ao BPC-LOAS

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL UNIDADE DE PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO

Endereço: SAUS 8 ANDAR, ASA SUL, BRASILIA, DF. CEP 70070-946

Exigências para o direito ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social 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, atenda ao critério de miserabilidade para renda mensal familiar per capita de $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo na data do requerimento, de acordo com o Arts. 1º, 4º, 8º e 9º do Decreto 6214/2007 e Art. 20º § 3º da Lei 8742/1993, com redação dada pela Medida Provisória nº 1.023, 31/12/2020.
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, de acordo com art. 12 do Decreto nº 6.214/07.
6. Inscrição e atualização do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico (Decreto nº 6.135/07).

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

1098214913

Data de entrada: 26/01/2022 - 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 26/01/2022 06:38	Canal de atendimento Central de Serviços - Intranet

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
814.868.472-34	CLEILTON DE JESUS	24/03/1986	ROSANA APARECIDA DE JESUS

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

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

Anexos

A tarefa não possui anexos.

Comentário (3734942)

Enviado em 02/02/2022 16:47

Unidade: 01400 - Subsecretaria da Perícia Médica Federal

1098214913 - Pontuação - Avaliação Médico Pericial Presencial do BPC (PMF Perícias)

Conclusão da tarefa devida a conclusão da perícia