

**Dados Cadastrais**

<b>NIT</b>	268.85488.40-0	<b>Fonte do NIT</b>	CNIS
<b>Administrador do NIT</b>		<b>Fonte Cadastramento</b>	CNIS
<b>Ano da Administração</b>	2007	<b>Data de Cadastramento</b>	20/10/2020
<b>Data de Atualização</b>	09/10/2023		

**Dados Básicos**

<b>Nome</b>	ANTONIO JANUARIO DE FARIAS	<b>Município de Nascimento</b>	URUACU
<b>Nome da Mãe</b>	FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS	<b>País de Origem</b>	BRASIL
<b>Nome do Pai</b>	IGNORADO	<b>Data de Chegada</b>	
<b>Sexo</b>	MASCULINO	<b>Estado Civil</b>	DIVORCIADO(A)
<b>Data de Nascimento</b>	21/10/1966	<b>Grau de Instrução</b>	FUNDAMENTAL INCOMPL.
<b>Nacionalidade</b>	BRASILEIRA	<b>Data de Óbito</b>	

**Documentos**

<b>CPF</b>	978.221.591-00	<b>CTPS</b>	Número: 40908, Série: 13, UF: GO, Data de Emissão: 01/09/2000
<b>CNH</b>		<b>Doc. Estrangeiro</b>	
<b>Carteira de Marítimo</b>		<b>Passaporte</b>	
<b>Identidade</b>	Número: 00000000000002209066, Órgão Emissor: SSP, UF: GO, Data de Emissão: 02/02/1990		
<b>Título de Eleitor</b>	Número: 031636701058		
<b>Certidões Civis</b>			

**Contato**

<b>Endereço principal</b>	Tipo Logradouro: AV, Logradouro: RUA 2 LT 02 QD 08, Número: SN, Bairro: ST HELENA, URUACU - GO, CEP: 76400000		
<b>Endereço secundário</b>			
<b>Telefone 1</b>	(55) - (63) 985133253	<b>Telefone 2</b>	
<b>E-mail</b>	lucascamapum.adv@gmail.com	<b>Celular</b>	(55) - (62) 992976291

**Lista de Elos**

Nit Principal	Nit Secundário	Data Formação	Fonte Origem
268.85488.40-0	161.22089.16-9	20/05/2022	PIS
161.22089.16-9	209.77405.48-0	03/06/2019	CADSUS
268.85488.40-0	238.25875.97-7	20/10/2020	CADSUS
268.85488.40-0	137.48292.31-6	20/10/2020	PIS



Você pode conferir a autenticidade do documento em <https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade> com o código 240417OESPX7-FMWTNXD42



**PROTOCOLO DE REQUERIMENTO**  
**944350701**  
 Data de entrada: 09/10/2023 - Central de Serviços -

**Dados Básicos**

<b>Serviço</b> Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE	<b>Data de entrada do requerimento</b> 09/10/2023 13:22	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Internet
	<b>Última atualização</b> 26/10/2023 23:05	

**Endereço para atendimento:**

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

**Campos adicionais:**

<b>Campo</b>	<b>Valor</b>
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	A) Não. Eu sou o titular
Onde você mora?	Moro em residência
Forma de Convívio	Sozinho(a)
Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família?	B) Não
Você é estrangeiro em situação regular no Brasil?	B) Não
Caso não possua os requisitos ao benefício na data de hoje, autoriza o INSS a alterar a data do pedido para atender às condições para o benefício?	Não
NB	713.874.440-5
NR	58423095
Gastos de uso contínuo com renda comprometida e negativa do Poder Público?	Não
Medicamentos: renda comprometida?	Não
Medicamentos: uso contínuo?	Não
Medicamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Medicamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Medicamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Medicamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Consultas e Tratamentos: renda comprometida?	Não
Consultas e Tratamentos: uso contínuo?	Não
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Consultas e Tratamentos: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Consultas e Tratamentos: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Consultas e Tratamentos: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Fraldas: renda comprometida?	Não
Fraldas: uso contínuo?	Não
Fraldas: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Fraldas: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Fraldas: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Fraldas: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Alimentação Especial: renda comprometida?	Não
Alimentação Especial: uso contínuo?	Não
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) do uso contínuo?	Não
Alimentação Especial: negativa pelo Poder Público?	Não Informado
Alimentação Especial: concorda com valor dedutível?	Não Informado
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da não concordância com valor dedutível?	Não
Indicação para Proteção Especial?	Não
Alimentação Especial: incluiu anexos(s) da negativa pelo Poder Público?	Não
Proteção Especial: incluiu anexos(s) comprovando a necessidade?	Não
Proteção Especial: incluiu anexos(s) da negativa do Poder Público?	Não

## Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
978.221.591-00	ANTONIO JANUARIO DE FARIAS	21/10/1966	FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

## Procuradores / Representantes Legais

A tarefa não possui procuradores / representantes legais.

## Instituidores

A tarefa não possui instituidores.

## Anexos

ID	Nome do Arquivo	Descrição do Arquivo	Tamanho	Enviado Por	Autenticado?
411491933	DOCUMENTOS PESSOAIS X ANTONIO FARIAS.pdf	Documentos de identificação do interessado	505,80kB	978.221.591-00 - 09/10/2023 13:22	Não
944350701	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
411491935	CARTEIRA DE TRABALHO X ANTONIO JANUARIO.pdf	Comprovantes das relações previdenciárias do interessado e do grupo familiar	3,12MB	978.221.591-00 - 09/10/2023 13:22	Não
944350701	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
411491937	LAUDOS E EXAMES X ANTONIO JANUARIO09092022_compressed.pdf	Outros documentos	1,50MB	978.221.591-00 - 09/10/2023 13:22	Não
944350701	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
411491936	COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO X ANTONIO JANUARIO.pdf	Outros documentos	265,52kB	978.221.591-00 - 09/10/2023 13:22	Não
944350701	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
411491934	CAD UNICO X ANTONIO JANUARIO.pdf	Documento de identificação de todos os membros do grupo familiar	546,05kB	978.221.591-00 - 09/10/2023 13:22	Não
944350701	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
411491938	comprometimento_renda.pdf	Comprometimento de Renda	7,54kB	978.221.591-00 - 09/10/2023 13:22	Não
944350701	- Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)				
417703291	Despacho de Análise.pdf	Despacho de Análise Automático	44,38kB	978.221.591-00 - 26/10/2023 23:04	Não
944350701	- 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 240417I8KYEP36



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.209.066	DATA DE EXPEDIÇÃO	02.Fev.90
NOME	ANTÔNIO JANUARIO DE FARIAS		
FILIAÇÃO	Francisca Januaria de Farias		
NATURALIDADE	Uruaçu-GO	DATA DE NASCIMENTO	21.Out.66
DOC ORIGEM	CN.nº 15336 Fls.16 v L-35 Uruaçu-GO., 08.09.87		
CPF			

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
**978.221.591-00**

Nome  
**ANTONIO JANUARIO DE FARIAS**

Nascimento  
**21/10/1966**

  
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
15 de NOVE MBRO de 1889

## FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

### I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 053291142-33  
REND A PER CAPITA DA 500  
1.10 Data da Entrevista: 06/10/2023

### II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: SANTA HELENA  
1.12 - Tipo: RUA  
1.13 - Título:  
1.14 - Nome: 2  
1.15 - Número:  
1.16 - Complemento do SN  
1.17 - Complemento QD 08 LT 02  
1.18 - Cep: 76.400-000  
1.20 - Referência para PROXIMO A IGREJA

### III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

#### RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
4.03 - NIS: 23825875977  
4.06 - Data de Nascimento: 21/10/1966

Urucui - Qd 06/10/2023  
Local e Data

Antonio Januario de Farias  
Assinatura do Responsável pela Unidade

YD.  
Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo

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

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 electricista, 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.  
 Converse e discuta no trabalho predisponham a acidentados 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.  
 Pare a máquina quando tiver que consentir-lá ou lubrificá-la.  
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentados. 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**

*2ª via*

Número 40.908 Série 00013/60



*Antonio Genuário de Farias*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Antônio Jamário de Farias *T*  
 Loc. Nasc. Ururuçu Est. Go. Data 21.10.1966  
 Filiação Francisca Jamária de Farias  
 Doc. N° C.I. n° 2.209.066 SDP/Goias  
 Exp.: 02-02-1990/Go.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 01.09.12000 PRT Ururuçu Goias

**Maria dos Santos Lopes**  
 AG. ADM. - MAT. 7849  
 CHEFE DO A.A.T.  
 URURUÇU - GO.

*[Assinatura]*  
 Assinatura do Funcionário

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

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....  
 Doc. ....



12

### CONTRATO DE TRABALHO



Empregador: **VERA CRUZ AGROPECUARIA LTDA**  
 CGC/MF: **02.685.006/0001-75**  
 Endereço: **ROD. GO 080 KM 56**  
 Município: **GOIANESIA** Estado: **GO**  
 Esp. Estab.: **0151201**  
 Cargo: **TRAB. RURAL POLIVALENTE**  
 C.B.O.: **623110**

Admissão: **23/04/2007**  
 Registro n.º: **006626**  
 Remuneração R\$: **Por produ+ão / diária**  
**Pagamento mensal**

VERA CRUZ AGROPECUARIA LTDA

Data saída 23 de Julho de 2008

Ass. do empregador ou a rogo / test.  
*Emival Mendes - Chefe de Departamento Financeiro*

Com. Dispensa CD N.º

13

### CONTRATO DE TRABALHO

PAVOTEC - Paviment. Terraplenagem Ltda.

Empregador: **PAVOTEC - Paviment. Terraplenagem Ltda.**  
 CNPJ/MF: **27.394.840/0001-32**  
 Rua: **Rodovia BR 040 Km 519** S/N.º  
 Município: **Contagem** Est. **MG**  
 Esp. do estabelecimento: **Const. em Geral**  
 Cargo: **SERVENTE**

CBO n.º: **717020**  
 Data admissão: **20** de **Agosto** de **2009**  
 Registro n.º: \_\_\_\_\_ Fls/Ficha \_\_\_\_\_

Remuneração especificada: **R\$ 460,40 (quatrocentos e sessenta e seis reais e quarenta e cinco centavos) por mês**

PAVOTEC - Paviment. Terraplenagem Ltda.  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º \_\_\_\_\_ 2.º \_\_\_\_\_  
Data saída 17 de NOVEMBRO de 2009

PAVOTEC - Pavimentação e Terraplenagem Ltda.  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1.º \_\_\_\_\_ 2.º \_\_\_\_\_  
Com. Dispensa CD N.º

CONTRATO DE SAFRA - Lei 5.889/73

Empregador: DU PONT DO BRASIL S.A. - DIVISAO PIONEER SEMENTES  
CGC/CNPJ: 61.064.929/006452  
Endereço: Rua Visconde de Porto Seguro 334  
Município: Formosa UF: GO

Esp. do Estabelecimento: Prod. Imp. Com de Sementes  
Cargo: Auxiliar de Lavoura  
C.B.O. nº: 6221-15

Data de Admissão: 23 de maio de 2011  
Registro nº: 680863 Fls./Ficha: 270000910  
Remuneração especificada R\$ 607,90

( SEISCENTOS E SETE REAIS E NOVENTA CENTAVOS ) P/MÊS  
--- X --- X --- X --- X --- X --- X --- X --- X ---

DU PONT DO BRASIL S.A. - DIVISAO PIONEER SEMENTES

Procurador

Data da Saída: 16/07/2011

DU PONT DO BRASIL S/A - DIVISAO PIONEER

PROCURADOR

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador MILFER IND. E COM.  
DE MAT. CONSTRUÇÃO LTDA.  
CNPJ/MF 11.194.068/0001-75  
Rua ARGEMIRO N. SOUZA Nº 51º  
Município ANÁLIA Est. GO.

Esp. do estabelecimento .....  
Cargo SERVENTE.

CBO nº .....  
Data admissão 04 de JULHO de 2012

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada R\$ 700,00  
( SETECENTOS REAIS )

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
1ª ..... 2ª .....  
Diretora Presidente

Data saída 08 de AGOSTO de 2012

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
1ª ..... 2ª .....  
Diretora Presidente

Com. Dispensa CD Nº .....

**CONTRATO DE TRABALHO**  
**CEI 51.235.68996/731**

Empregador **EXCEL CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA**

CNPJ/MF **Residencial Quilombola**

Rua ..... N° .....

Município **CEP: 76.400-000** Est. **Uruacu - GO**

Esp. do estabelecimento **Uruacu**

Cargo **Dirigente**

..... CBO n° .....

Data admissão **05** de **Setembro** de **16**

Registro n° ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada **R\$ 1.980,00**  
**(salário mínimo e 13º salário)**

..... EXCEL CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Rosyara Soares Caieta**  
Encarregada Depto Pessoal

1° .....

Data saída **24** de **Outubro** de **16**

..... EXCEL CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test. **Rosyara Soares Caieta**  
Encarregada Depto Pessoal

1° .....

Com. Dispensa CD N° .....

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empresa : AGRO RUB AGROPECUARIA LTDA  
 CNPJ: 04.094.192/0002-84  
 Endereço: EST UR-4 KM13  
 DISTRITO AGUA BRANCA  
 URUACU - GO  
 Estabel.: CULTIVO DE CANA DE ACUCAR  
 Cargo : TRABALHADOR RURAL  
 C.B.O. : 000622110 Mat.: 1401  
 Admissão: 15/02/2022  
 Remuner.: PRODUÇÃO/DIARIA  
 (.....)

Agro-Rub Agropecuaria Ltda. *[Assinatura]*

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° ..... 2° .....

Data saída ..... de ..... de .....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° ..... 2° .....

Com. Dispensa CD N° .....

**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.

1° ..... 2° .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° ..... 2° .....

Com. Dispensa CD N° .....

**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.

1° ..... 2° .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° ..... 2° .....

Com. Dispensa CD N° .....

### ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

#### CONTRATO DE EXPERIENCIA

CONFORME CONTRATO FIRMADO O PORTADOR FOI CONTRATADO POR PERÍODO DE EXPERIENCIA DE (45) QUARENTA E CINCO DIAS.

GOIANESIA, 23/04/2007

VERA CRUZ AGROPECUARIA LTDA

27394840/0001-32

PAVOTEC - PAVIMENTAÇÃO E TERRAPLENAGEM LTDA

Rodovia BR 040 Km 519 S/N Fazenda Colina  
Zona Rural - CEP 32145-480

CONTAGEM - MG

Admitido por um período experimental de 30 dias podendo ser prorrogado conforme contrato

PAVOTEC - Paviment. e Terraplenagem Ltda.

### ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

O presente contrato de experiencia, que deveria vencer em 18/09/09, foi prorrogada para o dia 17/11/09 por mútuo acordo entre as partes.

18.09.09  
PAVOTEC - Paviment. e Terraplenagem Ltda.

#### EXPERIÊNCIA

O Portador da Presente Carteira foi Admitido em 04/07/12 pelo prazo de 45 dias de experiência podendo ser a) prorrogado por mais 45 dias obedecendo o limite máximo de 90 dias cont. Parágrafo único do artigo 445 CLT.

b) Ser rescindido por qualquer das partes, antes do término do prazo estabelecido independente de indenização ou aviso prévio.

MILFER Indústria e Construtora

Beatriz Machado Bezerra Cardoso da Silva  
Diretora Presidente

### ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

#### CONTRATO DE TRABALHO

O portador da presente foi admitido em 05/09/2016 por instrumento escrito pelo prazo de 30 dias de experiência conforme Preceitua nos artigos 455,451 da C.L.T

05/09/2016

EXCEL RES QUILOMBOLA

CONST. INCORPORADORA LTDA.  
Rosyara da Silva Caieta  
encarregada de Pessoal

D. CEL. 512 35618 996-13  
V. matrícula 009 CNPJ  
03.030.662 0001 00

CONST. INCORPORADORA LTDA.  
Rosyara da Silva Caieta  
encarregada de Pessoal

Distrito Presidente

### ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

#### CONTRATO DE SAFRA

Contrato de SAFRISTAS, até o fim da safra 2022 com direito assegurado a ambas as partes de rescisão antecipada nos termos do ART.481 da C.L.T.  
URUACU 15 de 02/2022



Agro-Rub Agropecuaria Ltda.



DANFE3E - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

**Equatorial Goiás Distribuidora de Energia S.A.**

CNPJ: 01.543.032/0001-04 - IE: 100.549.420  
Rua 2, Qd. A-37, Nº 505 - Jardim Goiás - Goiânia-GO - CEP: 74.805-180

ENDEREÇO DE ENTREGA:

RUA 02, Q. 08, L. 02, S/N. - RUA DO LIXAO  
JARDIM SANTA HELENA  
CEP: 76400000 URUACU GO BRASIL

Classificação: B B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA / TARIFA SUBSIDIADA CONVENCIONAL	Tipo de fornecimento: MONOFÁSICO
--	----------------------------------

Tensão Nominal Disp: 220 V Lim Min: 200,2 V Lim Max: 231,0 V

ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
CNPJ/CPF: 978.221.591-00  
RUA 02, Q. 08, L. 02, S/N. - RUA DO LIXAO  
JARDIM SANTA HELENA  
CEP: 76400000 URUACU GO BRASIL  
PERDAS DE TRANSFORMAÇÃO / RAMAL: 0%

Parceiro de Negócio

100018404

Unidade Consumidora

640142357

Conta mês	Vencimento	Total a pagar
SET/2023	18/09/2023	R\$*****28,50

**Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438/02**

Data das Leituras	Leitura Anterior	Leitura Atual	Nº de Dias	Próxima Leitura
	04/08/2023	04/09/2023	31	04/10/2023



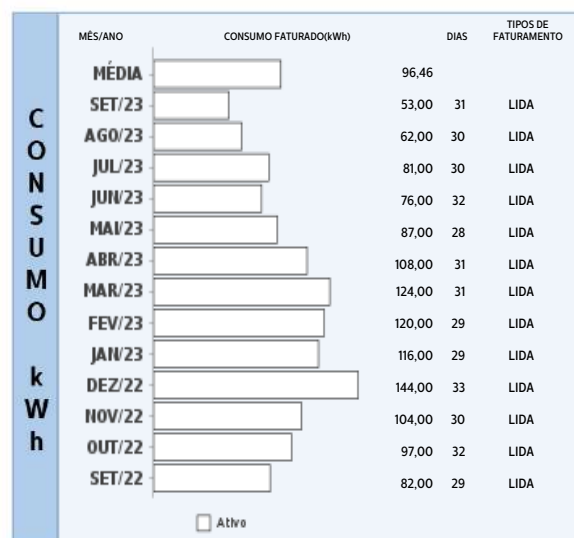
NOTA FISCAL Nº 70204228 - SÉRIE O / DATA DE EMISSÃO: 04/09/2023 08:59:21  
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA - Pendente de Autorização  
Consulte pela Chave de Acesso em:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/NF3e/consulta>  
chave de acesso:  
52230901543032000104660000702042282043010244  
Protocolo de autorização: 3522300027005590 - 05/09/2023 às 03:29:17  
CFOP 5258: Venda de energia elétrica para não contribuinte

**INFORMAÇÕES PARA O CLIENTE**

PERÍODO DE REFERÊNCIA DA APURAÇÃO DOS INDICADORES DE CONTINUIDADE = 7/2023. VRC = R\$ 7,17444

Itens de fatura	Unid.	Quant.	Preço unit (R\$) com tributos	Valor (R\$)	PIS/COFINS	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíquota. ICMS (R\$)	ICMS	Tarifa unit. (R\$)
<b>FORNECIMENTO</b>									
CONSUMO BR C/ DESC 65% - kWh	kWh	30,00	0,230667	6,92	0,1	6,92	17%	1,18	0,188260
CONSUMO BR C/ DESC 40% - kWh	kWh	23,00	0,395440	9,10	0,12	9,1	17%	1,55	0,322740
BENEFÍCIO TARIFÁRIO BRUTO				18,92					
<b>ITENS FINANCEIROS</b>									
CONTRIB. ILUM. PÚBLICA - MUNICIPAL				9,00					
BENEFÍCIO TARIFÁRIO LÍQUIDO				-15,44					
<b>TOTAL</b>				<b>28,50</b>	<b>0,49</b>	<b>34,94</b>		<b>5,94</b>	

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
COFINS	28,99	1,3707%	0,4
ICMS	34,94	17%	5,94
PIS/PASEP	28,99	0,2976%	0,09



Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
10201314-4	ENERGIA ATIVA - KWH	ÚNICO	12918	12971	1,000000	53

Reservado ao Fisco		
Resolução ANEEL	Apresentação	Nº do Programa Social
3130/22	04/09/2023	23825875977

**REAVISO DE VENCIMENTO**

NOTIFICAÇÃO: 1 FATURA VENCIDA: MÊS 8/2023 VALOR TOTAL: R\$ 33,61 (DESCONSIDERE SE FOI PAGO).  
A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO OCORRERÁ APÓS O DIA 19/09/2023 OU A QUALQUER MOMENTO POR DÉBITOS JÁ REAVISADOS ANTERIORMENTE.

**LIGUE GRÁTIS 0800 062 0196**

**ATENDIMENTO GRATUITO 24H**

Accesse o nosso site: [equatorialenergia.com.br](http://equatorialenergia.com.br)

Fale com a Clara pelo WhatsApp: (62) 3243-2020

Equatorial Energia

Ouvidoria Equatorial Goiás: 0800 062 0196

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis de segunda a sexta, das 08h às 18h.

Agência Goiana de Regulação - AGR 0800 727 0167

Ligação gratuita de telefones fixos.

Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) 167.

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

**DIREITOS**

É direito do consumidor ou da central geradora de solicitar à distribuidora o detalhamento da apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

É direito do consumidor ou da central geradora de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora ou central geradora.

<b>BANCO SANTANDER</b>		033-7	03399.02892 78323.000048 70370.401013 2 94770000002850		
LOCAL DE PAGAMENTO					VENCIMENTO
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO					18/09/2023
BENEFICIÁRIO			UNIDADE CONSUMIDORA	REFERÊNCIA	AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO
EQUATORIAL GOIAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A			640142357	SET/2023	
DATA DOCUMENTO	NÚMERO DE REFERÊNCIA	ESPÉCIE DOCUMENTO(A)	CE   TED	DATA PROCESSAMENTO	NOSSO NÚMERO
01/09/2023	2023079342913	MN		01/09/2023	2300004703704
USO DO BANCO	CARTEIRA	ESPÉCIE MOEDA	QUANTIDADE	VALOR	(-) VALOR DOCUMENTO
	104	R\$			28,50
INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO					(-) DESCONTO ABATIMENTO
O Pagamento poderá ser realizado 1 dia útil após a emissão					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
NOME DO PAGADOR/CPF/CNPJ/ENDEREÇO					(+) MULTA
ANTONIO JANUARIO DE FARIAS - CNPJ/CPF: 978.221.591-00					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
RUA 02, Q. 08, L. 02, S/N. - RUA DO LIXAO JARDIM SANTA HELENA CEP: 76400000 URUACU GO BRASIL					(-) VALOR COBRADO



**Ficha de Compensação**

**Pague através do PIX. É mais facilidade pra você.**

**Para realizar o pagamento, utilize o QR CODE abaixo.**



SE PREFERIR, COPIE E COLE O CÓDIGO PIX ABAIXO PARA FAZER O PAGAMENTO

CÓDIGO DO PIX: 00020126580014br.gov.bcb.pix0136354476de-30e4-43dd-8e00-aa17df46d64f520400005303986540528.505802BR5916EQUATORIAL.GOIAS6007GOIANIA62260522000289783230000470370463045EE3

### ESPECIALIDADES

Anestesiologia  
Cardiologia  
Cirurgia Geral  
Cirurgia Plástica  
Clínica Médica  
Ginecologia e Obstetrícia  
Nefrologia  
Neurologia  
Oftalmologia  
Ortopedia e Traumatologia  
Otorrinolaringologia  
Pediatria  
Psiquiatria  
Radiologia  
Urologia

### EXAMES

Endoscopia digestiva  
Polissonografia  
Raio-x digital  
Ultrassonografia  
Tomografia  
Ressonância (em breve)  
Ecocardiograma Transtorácico  
Eletrocardiograma  
Holter 24horas  
Mapa

### PRONTO-SOCORRO

**24 horas**

Clínica Médica  
Cirurgia Geral  
Obstetrícia  
Ortopedia e Traumatologia

## RECEITUÁRIO

Paciente: **VANADIR FRANCISCO REGE RIBEIRO**

RELATORIO MÉDICO :

PACIENTE , SEXO MASCULINO 56 ANOS , REFERE TER CERVICALGIA, DORSALGIA E LOMBALGIA CRONICA , O QUE A INCAPACITA PARA REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS. AO EXAME FISICO DOR A MOBILIZAÇÃO ATIVA E PASSIVA DA COLUNA CERVICO TORACO LOMBAR , SEM DEFCTES NEUROLOGICOS. RX DE COLUNA CERVICAL , DORSAL E LOMBAR COM PRESENÇA DE SINAIS DEGENERATIVOS . NO MOMENTO PACIENTE SEGUE EM ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO E RELATA ESTA SEM CONDIÇÕES DE REALIZAR SUAS ATIVIDADE LABORAIS . AO INSS PARA PERICIA MEDICA.

CID: M542 + M545 + M548

**Dr. Icaro Haum**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-GO: 28001 / CRM-DF: 22534 / RECF: 17015

Uruaçu, 23 de maio de 2022.



### ESPECIALIDADES

Anestesiologia  
Cardiologia  
Cirurgia Geral  
Cirurgia Plástica  
Clínica Médica  
Ginecologia e Obstetrícia  
Nefrologia  
Neurologia  
Oftalmologia  
Ortopedia e Traumatologia  
Otorrinolaringologia  
Pediatria  
Psiquiatria  
Radiologia  
Urologia

### EXAMES

Endoscopia digestiva  
Polissonografia  
Raio-x digital  
Ultrassonografia  
Tomografia  
Ressonância (em breve)  
Ecocardiograma Transtorácico  
Eletrocardiograma  
Holter 24horas  
Mapa

### PRONTO-SOCORRO

#### 24 horas

Clínica Médica  
Cirurgia Geral  
Obstetrícia  
Ortopedia e Traumatologia

### ATESTADO MÉDICO

A pedido do (a) interessado(a), VANADIR FRANCISCO REGE RIBEIRO na qualidade de seu médico assistente, atesto para devidos fins que por motivo de doenças, ficou ou ficará impossibilitado(a) de exercer suas atividades durante 90 dias a partir do dia 23/05/2022.

CID: M542 + M545 + M548

Uruaçu-GO, segunda-feira, 23 de maio de 2022

Dr. Icaro Haum  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-GO: 29901 / CRM-DF: 22554 / TEOD: 17015



# Clinica Santa Inês


santainesclinica@hotmail.com

## Dados do Paciente

<b>Paciente :</b>	ANTONIO JANUARIO DE FARIAS	<b>Exame :</b>	009030
<b>Data de Nasc.:</b>	21/10/1966	<b>Sexo :</b>	Masculino
<b>Idade :</b>	55 Anos 6 Meses	<b>Data :</b>	06/05/2022
<b>Convênio :</b>	Particular com desconto		
<b>Solicitado por</b>	Sheila Eustáquio F. pádua		

## Rx Coluna Cervical

- 1- Osteofito marginal anterior em C5.
- 2- Discos intervertebrais sem alterações.
- 3- As peças que compõem os arcos posteriores tem aspecto anatômico.
- 4- Articulações inter - apofisárias sem modificações apreciável.
- 5- Unco - vertebrais sem alterações.

  
Julio César Gonçalves  
Radiologia e Ultrassonografia  
CRM: 4847



# Clinica Santa Inês

santainesclinica@hotmail.com


## Dados do Paciente

**Paciente :** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS **Exame :** 009029  
**Data de Nasc.:** 21/10/1966 **Sexo :** Masculino **Data :** 06/05/2022  
**Idade :** 55 Anos 6 Meses  
**Convênio :** Particular com desconto  
**Solicitado por** Sheila Eustáquio F. pádua

## Rx Dorso-Lombar

1- Sindesmófito anterior e lateral de T9 à T12.

2- Osteofito marginal anterior em L5.

  
Julio César Gonçalves  
Radiologia e Ultrassonografia  
CRM: 4847



Uruaçu (Matriz)  
(62) 3357-5077  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 22 Centro - Uruaçu - GO

Uruaçu (Climed)  
(62) 3357-1009  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 24 Centro - Uruaçu - GO

Medcenter  
(62) 3357-4821  
Av. Santana Qd. 12 Lt. 04,  
Setor Sul I, Uruaçu - GO

Niquelândia  
(Hosp. Santa Helena)  
(62) 3354-1340  
Av. Goiás, Nº 48, Centro  
Niquelândia - GO

Mara Rosa  
Anexo ID: 411491937  
Av. Bernardo  
Qd. 11 Lt. 11,  
Mara Rosa -

www.exameweb.com.br

Paciente : ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
Médico : SHEILA EUSTAQUIO F. PADUA  
Cadastro : 09/05/2022  
Categoria : Particular  
Documento : 2209066

DN: 21/10/1966 / 55a 6m  
Página: 6 de 6  
Protocolo: 2203.002.683-1

## URANALISE

### Urina jato médio

Analitos

### Exame Físico

Analitos

Cor

Aspecto

### Exame Químico

Analitos

Densidade

PH

Proteínas

Glicose

Hemoglobina

Corpos Cetônicos

Bilirrubina

Urobilinogênio

Nitrito

Leucócitos Esterase

### Sedimentoscopia

Analitos

Leucócitos

Hemácias

Cilindros Hialinos

Cilindros Patogênicos

Células Epiteliais

Bactérias

Leveduras

Cristais

Filamentos de Muco

Resultado

Resultado

: **Amarelo claro**

: **Límpido**

Resultado

: **1.020**

: **5,5**

: **<=30 mg/dL**

: **Positivo +/+++**

: **Negativo**

: **Negativo**

: **Negativo**

: **Negativo**

: **Negativo**

: **Negativo**

Resultado

: **44.000 /mL**

: **3.500 /mL**

: **0 /mL**

: **0 /mL**

: **Raras**

: **Presente +/+++**

: **Ausente**

: **Ausente**

: **Ausente**

Valores Referenciais

Valores Referenciais

Límpido

Valores Referenciais

1.010 - 1.030

5,0 - 7,0

<= 30 mg/dL

Negativo

Negativo

Negativo

Negativo

Negativo

Negativo

Negativo

Valores Referenciais

<= 10.000 /mL

<= 10.000 /mL

<= 1.000 /mL

0 - 0 /mL

Raras

Ausente/Escassa

Ausente

Ausente

Ausente

### NOTAS:

- 1- O resultado do campo "BACTÉRIAS" não deve ser utilizado de forma isolada para exclusão de infecção urinária.
- 2- O não seguimento das recomendações de coleta podem gerar resultados falsamente alterados.

Método

: Análise química por tira reagente + Colorimetria + Turbidimetria + Microscopia Óptica.

Coleta: 10/05/2022 08:21

Liberação 10/05/2022 11:19

Impressão: 10/05/2022 16:06:13

Assinado por

Dr. Fabiano Fagundes M. da Silva  
CRBM - 5590





Uruaçu (Matriz)  
(62) 3357-5077  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 22 Centro - Uruaçu - GO

Uruaçu (Climed)  
(62) 3357-1009  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 24 Centro - Uruaçu - GO

Medcenter  
(62) 3357-4821  
Av. Santana Qd. 12 Lt. 04,  
Setor Sul I, Uruaçu - GO

Niquelândia  
(Hosp. Santa Marta)  
(62) 3354-1133  
Av. Goiás, Nº 48, Centro  
Niquelândia - GO

Página 20 de 34  
Anexo ID: 411491937  
Mara Rosa  
(62) 3366-5173  
Av. Benedito Sady  
Qd. 11 Lt. 11, Cent  
Mara Rosa - GO

www.exameweb.com.br

Paciente : ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
Médico : SHEILA EUSTAQUIO F. PADUA  
Cadastro : 09/05/2022  
Categoria : Particular  
Documento : 2209066

DN: 21/10/1966 / 55a 6m  
Página: 3 de 6  
Protocolo: 2203.002.683-1

### TRANSAMINASE GLUTAMICO OXALACETICA, TGO, AST

Soro

Resultado : **35,5 u/L** Valor Referencial <= 50,0 u/L  
Método : Colorimétrico Cinético. Equipamento: FLEXOR E

Cursor  
|-----|

Coleta: 09/05/2022 09:12 Liberação 09/05/2022 14:06 Impressão: 10/05/2022 16:06:13 Assinado por

Dra. Karla Arielle  
CRBM 11729

### TRANSAMINASE GLUTAMICO PIRUVICA, TGP, ALT

Soro

Resultado : **23,4 u/L** Valor Referencial <= 50,0 u/L  
Método : Colorimétrico Cinético. Equipamento: FLEXOR E

Cursor  
|-----|

Coleta: 09/05/2022 09:12 Liberação 09/05/2022 14:06 Impressão: 10/05/2022 16:06:13 Assinado por

Dra. Karla Arielle  
CRBM 11729





Uruaçu (Matriz)  
(62) 3357-5077  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 22 Centro - Uruaçu - GO

Uruaçu (Climed)  
(62) 3357-1009  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 24 Centro - Uruaçu - GO

Medcenter  
(62) 3357-4821  
Av. Santana Qd. 12 Lt. 04,  
Setor Sul I, Uruaçu - GO

Niquelândia  
(Hosp. Santa Marta)  
(62) 3354-1000  
Av. Goiás, Nº 48, Centro  
Niquelândia - GO

Mara Rosa  
(62) 3366-1323  
Qd. 11 Lt. 11, Cent  
Mara Rosa - GO

www.exameweb.com.br

Paciente : ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
Médico : SHEILA EUSTAQUIO F. PADUA  
Cadastro : 09/05/2022  
Categoria : Particular  
Documento : 2209066

DN: 21/10/1966 / 55a 6m  
Página: 4 de 6  
Protocolo: 2203.002.683-1

## HEMOGRAMA COMPLETO

### Sangue EDTA

Analitos	Resultado	Valores Referenciais	Cursor
<b>ERITROGRAMA</b>			
Eritrócitos	: 4,4 tera/L	4,5 - 5,9 tera/L	
Hemoglobina	: 14,0 g/dL	13,5 - 17,5 g/dL	
Hematócrito	: 41,6 %	41,0 - 53,0 %	
VCM	: 95,2 fL	80,0 - 100,0 fL	
HCM	: 32,0 pg	26,0 - 34,0 pg	
CHCM	: 33,7 %	31,0 - 37,0 %	
RDW	: 14,8 %	11,0 - 14,7 %	
<b>LEUCOGRAMA</b>			
Leucócitos totais	: 100 % 4.810 /µL	4.000 - 11.000 /µL	
Blastos	: 0 % 0 /µL	0 - 0 /µL	
Promielocitos	: 0 % 0 /µL	0 - 0 /µL	
Mielócitos	: 0 % 0 /µL	0 - 0 /µL	
Metamielócitos	: 0 % 0 /µL	0 - 0 /µL	
Bastonetes	: 2 % 96 /µL	0 - 500 /µL	
Segmentados	: 49 % 2.357 /µL	1.600 - 7.000 /µL	
Eosinófilos	: 3 % 144 /µL	35 - 500 /µL	
Basófilos	: 0 % 0 /µL	0 - 100 /µL	
Linfócitos	: 37 % 1.780 /µL	1.000 - 3.900 /µL	
Monócitos	: 9 % 433 /µL	100 - 1.000 /µL	
<b>PLAQUETOGRAMA</b>			
Plaquetas	: 191.000 /µL	150.000 - 450.000 /µL	
Plaquetócrito	: 0,220 %	0,100 - 0,450 %	

Método : Contagens eletrônicas automatizadas e microscopia. Equipamento: Yumizen H550.

Coleta: 09/05/2022 09:12 Liberação 09/05/2022 10:18 Impressão: 10/05/2022 16:06:13 Assinado por

Dra. Karla Arielle  
CRBM 11729



Instituto Laboratorial Exame Ltda - CRBM 13/2213  
CNES 7243901 - RT - DR. LUCAS AMARAL DE SIQUEIRA - CRBM GO 5361



Uruaçu (Matriz)  
(62) 3357-5077  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 22 Centro - Uruaçu - GO

Uruaçu (Climed)  
(62) 3357-1009  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 24 Centro - Uruaçu - GO

Medcenter  
(62) 3357-4821  
Av. Santana Qd. 12 Lt. 04,  
Setor Sul I, Uruaçu - GO

Niquelândia  
(Hosp. Santa Marta)  
(62) 3354-1333  
Av. Goiás, Nº 48, Centro  
Niquelândia - GO

Mara Rosa  
(62) 3356-1123  
Qd. 11 Lt. 11, Centro  
Mara Rosa - GO

www.exameweb.com.br

Paciente : ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
Médico : SHEILA EUSTAQUIO F. PADUA  
Cadastro : 09/05/2022  
Categoria : Particular  
Documento : 2209066

DN: 21/10/1966 / 55a 6m  
Página: 5 de 6  
Protocolo: 2203.002.683-1

## PERFIL LIPIDICO

### Soro

Analitos	Resultado	Valores Referenciais	Cursor
Aspecto do soro	: <b>Limpido</b>	Limpido	
Colesterol total	: <b>163 mg/dL</b>	<= 190 mg/dL	
Triglicérides	: <b>124 mg/dL</b>	<= 150 mg/dL	
Colesterol HDL	: <b>38 mg/dL</b>	>= 40 mg/dL	
Colesterol VLDL	: <b>25 mg/dL</b>	<= 40 mg/dL	
Colesterol LDL	: <b>100 mg/dL</b>	<= 130 mg/dL	
Colesterol Não-HDL	: <b>125 mg/dL</b>	<= 160 mg/dL	
Índices de Risco			
Castelli I (CT/HDL)	: <b>4,3</b>	<= 5,0	
Castelli II (LDL/HDL)	: <b>2,6</b>	<= 3,6	

Valor de referencia para adultos >20 anos

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)	Categoria referencial
Colesterol Total*	< 190	< 190	Desejável
Triglicérides**	< 150	< 175	Desejável
HDL	> 40	> 40	Desejável
<b>Categoria de risco</b>			
LDL	< 130	< 130	Baixo
	< 100	< 100	Intermediário
	< 70	< 70	Alto
	< 50	< 50	Muito alto
Não-HDL	< 160	< 160	Baixo
	< 130	< 130	Intermediário
	< 100	< 100	Alto
	< 80	< 80	Muito alto

\*CT> 310 mg/dL há probabilidade de Hipercolesterolemia Familiar (HF).

Valores referenciais desejáveis do perfil lipídico para crianças e adolescentes <20 anos

Lípides	Com jejum (mg/dL)	Sem jejum (mg/dL)
Colesterol Total*	< 170	< 170
Triglicérides (0 a 9 anos)**	< 75	< 85
Triglicérides (10 a 19 anos)**	< 90	< 100
HDL	> 45	> 45
LDL	< 110	< 110

\* CT >230 mg/dL há probabilidade de HF.

\*\* Quando os níveis de triglicérides estiverem acima de 440 mg/dL (sem jejum) o médico solicitante fará outra prescrição para a avaliação de TG com jejum de 12h e será considerado um novo exame de triglicérides pelo laboratório clínico.

Segundo o novo Consenso Brasileiro, não há mais valores de referência para a fração VLDL do colesterol. Os valores de referência para o colesterol LDL e o colesterol Não-HDL foram substituídos pelos valores de meta terapêutica (Categoria de Risco), estratificados de acordo com o risco cardiovascular calculado.

Bibliografia: Uniformização de valores de referência de Perfil lipídico em laudos: Consenso SBPC/ML, SBC, SBAC, SBEM e SBD - Dez./2016.

Método : Selectra / Architect

Dra. Karla Arielle  
CRBM 11729

Coleta: 09/05/2022 09:12 Liberação 09/05/2022 14:06 Impressão: 10/05/2022 16:06:13 Assinado por



Programa  
Nacional de  
Controle de  
Qualidade



Uruaçu (Matriz)  
(62) 3357-5077  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 22 Centro - Uruaçu - GO

Uruaçu (Climed)  
(62) 3357-1009  
Rua Adelino Fernandes Carvalho  
Nº 24 Centro - Uruaçu - GO

Medcenter  
(62) 3357-4821  
Av. Santana Qd. 12 Lt. 04,  
Setor Sul I, Uruaçu - GO

Niquelândia  
(Hosp. Santa Marta)  
(62) 3354-3340  
Av. Goiás, Nº 48, Centro  
Niquelândia - GO

Página 23 de 34  
Anexo ID: 411491937  
Mara Rosa  
Av. Bernardo Sayo  
Qd. 11 Lt. 11, Cen  
Mara Rosa - GO

www.exameweb.com.br

Paciente : ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
Médico : SHEILA EUSTAQUIO F. PADUA  
Cadastro : 09/05/2022  
Categoria : Particular  
Documento : 2209066

DN: 21/10/1966 / 55a 6m  
Página: 2 de 6  
Protocolo: 2203.002.683-1

### Creatinina Soro

Resultado : **0,92 mg/dL**  
\*eGFR - Adulto Negro : **110 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**  
\*eGFR - Adulto Não Negro : **91 mL/min/1,73m<sup>2</sup>**

Valores Referenciais  
0,60 - 1,30 mg/dL

Cursor  
—|+|—

#### Valor de referência

*eGFR Normal	Superior a 60 mL/min/1,73m <sup>2</sup>
*eRFG em Doença Renal Crônica	Inferior a 60 mL/min/1,73 m <sup>2</sup>
Insuficiência Renal	Inferior a 15 mL/min/1,73 m <sup>2</sup>

\*eGFR = Taxa de filtração glomerular estimada pela fórmula recomendada pelo NKDEP (National Kidney Disease Education Program) e pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Esta estimativa foi calculada utilizando-se a fórmula do estudo MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) que tem como variáveis a creatinina, o sexo, a idade e a afro-descendência. Havendo alguma divergência, contate o laboratório para correção do sexo e/ou idade no cadastro. **A fórmula não foi testada em crianças, idosos acima de 70 anos, gestantes, pacientes gravemente enfermos e indivíduos com obesidade mórbida.** Clin Chem 2006; 52:5-18 - J Am Soc Nephrol 2000;(11):155A

Nota: Atenção para novo formato a partir de 24/08/2018.

Método : Colorimétrico Cinético. Equipamento: FLEXOR E

Dra. Karla Arielle  
CRBM 11729

Coleta: 09/05/2022 09:12 Liberação 09/05/2022 14:06 Impressão: 10/05/2022 16:06:13 Assinado por

### ACIDO URICO Soro

Resultado : **4,4 mg/dL**  
Método : Colorimétrico Enzimático. Equipamento: FLEXOR XL.

Valor Referencial  
3,5 - 7,2 mg/dL

Cursor  
—|+|—

Dra. Karla Arielle  
CRBM 11729

Coleta: 09/05/2022 09:12 Liberação 09/05/2022 14:06 Impressão: 10/05/2022 16:06:13 Assinado por







### GUIA DE ENCAMINHAMENTO

#### REFERÊNCIA

Nome do cidadão: ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
CNS: 706304141577880  
Classificação de risco: **Prioritário**  
Sexo: Masculino  
Idade: 55 anos e 6 meses e 20 dias  
Data de nascimento: 21/10/1966  
Telefone: (62) 99297-6291  
Nome da mãe: Francisca Januária de Farias  
Município de nascimento: URUAGUÁ / GO

Unidade de saúde solicitante: Psf 2 Setor Aeroporto Uruacu  
CNES: 2358808  
Profissional solicitante: Sheila Eustaquio Ferreira de Padua  
CNS: 980016287694430

Especialidade: CONSULTA EM ORTOPEDIA  
Hipótese / Diagnóstico (CID10): M54 - LUMBAGO COM CIÁTICA

Motivo do encaminhamento: ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DOR COLUNA LOMBAR E CERVICAL. NÃO CONSEGUE TRABALHAR. SOLICITO AVALIAÇÃO GRATA

Observação:

*Dr.ª Sheila Eustaquio F. Padua*  
Medica  
CRM - GO 14897

URUAGUÁ-GO, 11 de Maio de 2022

Sheila Eustaquio Ferreira de Padua  
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
CRM-GO 14897

#### CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de especialidade: \_\_\_\_\_  
AGENDA: Data e Hora: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parer / conduta da especialidade: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico (CID10): \_\_\_\_\_

Observação:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
DATA DA CONSULTA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO ESPECIALISTA



MUNICÍPIO DE URUÁÇU  
ESTADO DE GOIÁS  
MUNICÍPIO DE URUÁÇU  
UNIDADE DE SAÚDE P-12 Selo: Aeroporto Uruaçu

1ª VIA - RETENÇÃO NA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

RECEITUÁRIO

EMITENTE

Sheila Eustaquio Ferreira de Padua (CRM - GO 14897)  
Rua Suecia, S/n - St. Aeroporto - Qd 02 - Uruaçu/GO  
(62)3575528

CIDADÃO

ANTONIO JANUARIO DE FARIAS - 706304141577880  
2, S/N - Santa Helena - Uruaçu/GO

MEDICAMENTOS

1. Metformina, Cloridrato 850 mg - uso contínuo

Tomar 1 cp • A cada 12 horas • Oral

Período indeterminado

Recomendações: 1CP DEPOIS DO ALMOÇO E JANTAR

2. Sibutramida 5 mg

5 MG • A cada 24 horas • Oral

Durante 30 dias

3. Losartana Potássica 50 mg

50 MG • A cada 12 horas • Oral

Durante 30 dias

*(Handwritten signature)*  
Dr.ª Sheila Eustaquio Ferreira de Padua  
Médica - CRM - GO 14897  
Sheila Eustaquio Ferreira de Padua - CRM - GO 14897  
Médico da estratégia de saúde da família  
Uruaçu - GO, 11 de maio de 2022

MUNICÍPIO DE URUÁÇU  
ESTADO DE GOIÁS  
MUNICÍPIO DE URUÁÇU  
UNIDADE DE SAÚDE P-12 Selo: Aeroporto Uruaçu

1ª VIA - RETENÇÃO NA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

RECEITUÁRIO

EMITENTE

Sheila Eustaquio Ferreira de Padua (CRM - GO 14897)  
Rua Suecia, S/n - St. Aeroporto - Qd 02 - Uruaçu/GO  
(62)3575528

CIDADÃO

ANTONIO JANUARIO DE FARIAS - 706304141577880  
2, S/N - Santa Helena - Uruaçu/GO

MEDICAMENTOS

1. Metformina, Cloridrato 850 mg - uso contínuo

Tomar 1 cp • A cada 12 horas • Oral

Período indeterminado

Recomendações: 1CP DEPOIS DO ALMOÇO E JANTAR

2. Sibutramida 5 mg

5 MG • A cada 24 horas • Oral

Durante 30 dias

3. Losartana Potássica 50 mg

50 MG • A cada 12 horas • Oral

Durante 30 dias

*(Handwritten signature)*  
Dr.ª Sheila Eustaquio Ferreira de Padua  
Médica - CRM - GO 14897  
Sheila Eustaquio Ferreira de Padua - CRM - GO 14897  
Médico da estratégia de saúde da família  
Uruaçu - GO, 11 de maio de 2022



### Comprometimento de renda declarado no requerimento pelo cidadão

**CPF:** 978.221.591-00

**Requerente:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS

**Data de Entrada do Requerimento:** 09/10/2023 13:22

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

<b>Categoria</b>	<b>Renda Comprometida</b>	<b>Uso contínuo</b>	<b>Negativa do Poder Público</b>	<b>Valor Dedutível por Categoria</b>	<b>Concorda com o valor dedutível</b>
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 (348765340)

Enviado em 09/10/2023 13:23

944350701 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Não foi possível encontrar vaga de avaliação social (data e hora da busca: 09/10/2023 13:23 - unidade: (08021070)  
- AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL URUAÇÚ)

Despacho (348765476)

Enviado em 09/10/2023 13:23

944350701 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Agendamento de perícia realizada com sucesso(protocolo: 25235042 - data e hora da solicitação: 09/10/2023 13:23

- data e hora agendada: 02/02/2024 07:20 - unidade: (08021070) - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

URUAÇÚ)

Despacho (351848637)

Enviado em 23/10/2023 09:37

944350701 - Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência (Tarefa principal)

---

Não foi possível encontrar vaga de avaliação social (data e hora da busca: 23/10/2023 09:37 - unidade: (08021070)  
- AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL URUAÇÚ)



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:	ANTONIO JANUARIO DE FARIAS
CPF:	978.221.591-00
Protocolo do Requerimento:	944350701
Espécie do Benefício:	87
Nome da Espécie:	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA
Número do Benefício:	713.874.440-5
Número de Inscrição do Trabalhador:	268.85488.40-0
Data de Entrada do Requerimento:	09/10/2023
Número do Requerimento:	58423095
Data do Início do Benefício:	09/10/2023
Data do Início do Pagamento:	09/10/2023

### 2. INFORMAÇÕES PRESTADAS NO ATO DO REQUERIMENTO

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

Campo	Valor
Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este pedido?	A) Não. Eu sou o titular
Onde você mora?	Moro em residência
Forma de Convívio	Sozinho(a)
Você recebe algum benefício do INSS ou de outro órgão, exceto Bolsa Família?	B) Não
Você é estrangeiro em situação regular no Brasil?	B) Não
Caso não possua os requisitos ao benefício na data de hoje, autoriza o INSS a alterar a data do pedido para atender às condições para o benefício?	Não
NB	7138744405
NR	58423095
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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

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	09/10/2023

### 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	ANTONIO JANUARIO DE FARIAS
Parentesco	-
Data de Nascimento	21/10/1966
NIT	26885488400
CPF	97822159100





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

<b>Incluído na Renda</b>		<b>Sim</b>		
<b>Renda Considerada</b>		<b>R\$ 600,00</b>		
<b>Detalhamento da Renda</b>				
<b>Rendas Salário de Contribuição</b>				
<b>Valor considerado</b>	<b>Valor Original</b>	<b>Tipo Filiado</b>	<b>CNPJ</b>	
R\$ 0,00	R\$ 0,00	CONTRIBUINTE INDIVIDUAL		
R\$ 0,00	R\$ 0,00	CONTRIBUINTE INDIVIDUAL		
<b>Rendas Declaradas</b>				
<b>Valor considerado</b>	<b>Valor Original</b>	<b>Tipo</b>	<b>Origem</b>	<b>Tipo Cadunico</b>
R\$ 600,00	R\$ 600,00	Renda declarada no Cadunico	Apurada	Remuneração bruta do trabalho no último mes

◦ **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\$ 600,00
Quantidade de Componentes:	1
Valor Renda Per Capita Líquida:	R\$ 600,00
Valor do Salário Mínimo:	R\$ 1.320,00
Requisito de Renda Per Capita Atendido:	Não

◦ **EXIGÊNCIAS**

Foram formuladas exigências ao(à) Requerente, que foram integralmente cumpridas, e suficientes para a verificação do direito pleiteado.

**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 miserabilidade para renda mensal familiar per capita de 1/4 do salário mínimo para BPC**

Caso não concorde com alguma análise, poderá apresentar recurso ao Conselho de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias após a ciência desta decisão.

Em caso de dúvida, ligue para a Central 135 (segunda a sábado, das 7h às 22h), ou converse com o INSS pelo chat disponível tanto na página do Meu INSS (gov.br/meuinss) quanto pelo celular, no aplicativo "Meu INSS".

Brasília/DF, 26 de Outubro de 2023.

Despacho (353072831)

Enviado em 26/10/2023 23:05

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

1638271997 - Acertos para análise (Subtarefa)

---

Tarefa cancelada automaticamente em decorrência de atualização do requerimento

Despacho (353072875)

Enviado em 26/10/2023 23:05

944350701 - 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 09/10/2023, nº 713.874.440-5, 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 miserabilidade para renda mensal familiar per capita de 1/4 do salário mínimo para BPC. 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.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 137.48292.31-6

**Número do Benefício:** 608.913.765-4

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 163074217

**Ao Sr. (a):** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS

**Endereço:** RUA 2 LT 02 QD 08 SN, ST HELENA

**CEP:** 76400-000

**Município:** URUACU

**UF:** GO

**Assunto:** Pedido de Reconsideração de decisão

**Decisão:** Indeferimento do Pedido

**Motivo:** Inexistencia de Incapacidade Laborativa

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu Pedido de Reconsideração, apresentado no dia 04/03/2015, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual. Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento desta comunicação

Data: quarta-feira, 17 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** URUACU

**Endereço:** AV TRANSBRASILIANA 142, SETOR CENTRAL

**CEP:** 76400-000

**Município:** URUACU

**UF:** GO

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito. Ciente, em 5 de Março de 2015.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240417ETZG4SSYD93CSS00



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 137.48292.31-6

**Número do Benefício:** 611.532.526-2

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 168215353

**Ao Sr. (a):** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS

**Endereço:** RUA 2 LT 02 QD 08 SN, ST HELENA

**CEP:** 76400-000

**Município:** URUACU

**UF:** GO

**Assunto:** Solicitação de Prorrogação

**Decisão:** Indeferimento do Pedido

**Motivo:** Inexistencia de Incapacidade Laborativa

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação, apresentado no dia 04/11/2015, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual. Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento desta comunicação

Data: quarta-feira, 17 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** URUACU

**Endereço:** AV TRANSBRASILIANA 142, SETOR CENTRAL

**CEP:** 76400-000

**Município:** URUACU

**UF:** GO

**Termo de Responsabilidade:** Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito. Ciente, em 20 de Novembro de 2015.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240417KRGYJ-0XLNSMO204

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Carta de Concessão / Memória de Cálculo do Benefício**

17/04/2024 10:29:27

**Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS

**Nit:** 2097740548-0

**Aps:** 08.0.21.070 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL URUAÇÚ

**Número do Benefício:** 608913765-4

**Data de Concessão do Benefício:** 16/12/2014

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXILIO P/INCAPACIDADE TEMPORARIA PREVID (31)** número **608913765-4** requerido em **15/12/2014** com renda mensal de **R\$ 724,00**, calculada conforme abaixo, com início de vigência a partir de **11/12/2014**.

Quem pediu o pagamento do benefício em conta corrente ou poupança, deve olhar o extrato da conta. Quem não fez essa opção, deve ir ao banco indicado abaixo, levando obrigatoriamente o documento de identificação usado para pedir o benefício. Os próximos pagamentos serão realizados no **5º** dia útil de cada

Mantenha seus dados atualizados. Se precisar alterar nome, telefone, e-mail ou endereço, acesse o Meu INSS ou entre em contato pelo telefone 135.

**Dados do Pagamento do Benefício**

**Órgão Pagador / Agência Bancária:** 4316 / ITAU - URUACU-GO

**Endereço:** RUA JOSE F CARVALHO,S/N - CENTRO

Cálculo de Benefícios segundo a Lei 9876, de 29/11/1999

Seq.	Data	Salário	Índice	Sal. Corrigido	Observação
001	10/2014	724,00	1,0091	730,60	
002	09/2014	724,00	1,0140	734,18	
003	08/2014	724,00	1,0158	735,50	
004	07/2014	724,00	1,0172	736,46	
005	06/2014	724,00	1,0198	738,37	
006	05/2014	724,00	1,0259	742,80	
007	04/2014	724,00	1,0339	748,59	
008	03/2014	724,00	1,0424	754,73	
009	02/2014	724,00	1,0491	759,56	
010	01/2014	724,00	1,0557	764,35	
011	12/2013	678,00	1,0633	720,94	DESCONSIDERADO
012	11/2013	678,00	1,0690	724,83	DESCONSIDERADO
013	10/2013	678,00	1,0756	729,25	
014	09/2013	678,00	1,0785	731,22	
015	08/2013	678,00	1,0802	732,39	
016	07/2013	678,00	1,0788	731,44	

017	06/2013	678,00	1,0818	733,49	
018	08/2012	128,34	1,1490	147,47	DESCONSIDERADO
019	07/2012	606,67	1,1540	700,12	DESCONSIDERADO

$$\text{Fator Previdenciário} = \frac{Tc \times a}{Es} \times \left( 1 + \frac{(Id + Tc \times a)}{100} \right) = 0,0000$$

onde,

*Tc* - Tempo de contribuição = 01 grupos de 12 contribuicoes

*Es* - Expectativa de Sobrevida = 0,0 ano(s)

*Id* - Idade = 0 ano(s)

*a* - Alíquota = 0,00

Salário de Benefício = média X fator previdenciário = 740,19

onde,

*média* - Média dos 80% maiores salários de contribuição = 11.102,93 / 15 = 740,19

*y* - Número de meses, após a Publicação da Lei = 181

**Renda Mensal Inicial = Salário de Benefício X coeficiente = 724,00**

onde, *Coeficiente* = 0.91

Após o saque do primeiro pagamento, do PIS/PASEP ou FGTS, não será mais possível renunciar ou reverter os benefícios de aposentadoria (seja aposentadoria por idade, tempo de contribuição ou especial).



**Você pode conferir a autenticidade do documento em**  
**<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>**  
**com o código 240417HC9IOJU7PKYTVR56**

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Carta de Concessão / Memória de Cálculo do Benefício**

17/04/2024 10:29:14

**Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS

**Nit:** 2097740548-0

**Aps:** 08.0.21.070 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL URUAÇÚ

**Número do Benefício:** 611532526-2

**Data de Concessão do Benefício:** 19/08/2015

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXILIO P/INCAPACIDADE TEMPORARIA PREVID (31)** número **611532526-2** requerido em **17/08/2015** com renda mensal de **R\$ 788,00**, calculada conforme abaixo, com início de vigência a partir de **12/08/2015**.

Quem pediu o pagamento do benefício em conta corrente ou poupança, deve olhar o extrato da conta. Quem não fez essa opção, deve ir ao banco indicado abaixo, levando obrigatoriamente o documento de identificação usado para pedir o benefício. Os próximos pagamentos serão realizados no **1º** dia útil de cada

Mantenha seus dados atualizados. Se precisar alterar nome, telefone, e-mail ou endereço, acesse o Meu INSS ou entre em contato pelo telefone 135.

**Dados do Pagamento do Benefício**

**Órgão Pagador / Agência Bancária:** 0257 / BRADESCO - URUACU-GO

**Endereço:** AVENIDA TOCANTINS,1818 - CENTRO

Cálculo de Benefícios segundo a Lei 9876, de 29/11/1999

Seq.	Data	Salário	Índice	Sal. Corrigido	Observação
001	07/2015	788,00	1,0058	792,57	
002	06/2015	788,00	1,0135	798,67	
003	05/2015	788,00	1,0235	806,58	
004	04/2015	788,00	1,0308	812,30	
005	03/2015	1.024,40	1,0464	1.071,94	
006	02/2015	788,00	1,0585	834,13	
007	01/2015	788,00	1,0742	846,48	
008	12/2014	1.217,46	1,0808	1.315,92	
009	11/2014	724,00	1,0866	786,70	
010	10/2014	724,00	1,0907	789,69	
011	09/2014	724,00	1,0960	793,56	
012	08/2014	724,00	1,0980	794,98	
013	07/2014	724,00	1,0994	796,02	
014	06/2014	724,00	1,1023	798,09	
015	05/2014	724,00	1,1089	802,88	
016	04/2014	724,00	1,1176	809,14	



017	03/2014	724,00	1,1267	815,77	
018	02/2014	724,00	1,1339	821,00	
019	01/2014	724,00	1,1411	826,17	
020	12/2013	678,00	1,1493	779,25	DESCONSIDERADO
021	11/2013	678,00	1,1555	783,45	
022	10/2013	678,00	1,1625	788,23	
023	09/2013	678,00	1,1657	790,36	
024	08/2013	678,00	1,1675	791,63	
025	07/2013	678,00	1,1660	790,60	
026	06/2013	678,00	1,1693	792,81	
027	08/2012	128,34	1,2420	159,40	DESCONSIDERADO
028	07/2012	606,67	1,2473	756,74	DESCONSIDERADO
029	06/2011	405,02	1,3114	531,15	DESCONSIDERADO
030	05/2011	182,37	1,3189	240,53	DESCONSIDERADO
031	11/2009	264,29	1,4535	384,17	DESCONSIDERADO
032	10/2009	549,94	1,4570	801,30	
033	09/2009	623,94	1,4594	910,58	
034	08/2009	194,72	1,4605	284,40	DESCONSIDERADO
035	07/2008	61,12	1,5362	93,89	DESCONSIDERADO
036	06/2008	158,25	1,5501	245,31	DESCONSIDERADO
037	05/2008	521,60	1,5650	816,34	
038	04/2008	549,03	1,5750	864,77	
039	03/2008	493,34	1,5831	781,01	
040	02/2008	589,85	1,5911	938,56	
041	01/2008	614,83	1,6021	985,06	
042	12/2007	513,97	1,6177	831,45	
043	11/2007	610,28	1,6246	991,50	
044	10/2007	562,43	1,6295	916,50	
045	09/2007	501,97	1,6336	820,02	
046	08/2007	511,75	1,6432	840,93	
047	07/2007	522,46	1,6485	861,28	
048	06/2007	589,48	1,6536	974,78	
049	05/2007	457,40	1,6579	758,33	DESCONSIDERADO

$$\text{Fator Previdenciário} = \frac{Tc \times a}{Es} \times \left( 1 + \frac{(Id + Tc \times a)}{100} \right) = 0,0000$$

onde,

$Tc$  - Tempo de contribuição = 04 grupos de 12 contribuições

$Es$  - Expectativa de Sobrevida = 0,0 ano(s)

$Id$  - Idade = 0 ano(s)

$a$  - Alíquota = 0,00

Salário de Benefício = média X fator previdenciário = 850,86

onde,

*média* - Média dos 80% maiores salários de contribuição =  $33.183,75 / 39 = 850,86$

$y$  - Número de meses, após a Publicação da Lei = 189

**Renda Mensal Inicial = Salário de Benefício X coeficiente = 788,00**

onde, *Coeficiente* = 0.91

Após o saque do primeiro pagamento, do PIS/PASEP ou FGTS, não será mais possível renunciar ou reverter os benefícios de aposentadoria (seja aposentadoria por idade, tempo de contribuição ou especial).



**Você pode conferir a autenticidade do documento em**  
**<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>**  
**com o código 240417NPABU4XQIQTFIG35**

**INSS**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

17/04/2024 10:28:47

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 268.85488.40-0      **CPF:** 978.221.591-00      **Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
**Data de nascimento:** 21/10/1966      **Nome da mãe:** FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
1	137.48292.31-6	02.685.006/0001-75	VERA CRUZ AGRO PECUARIA LTDA		Empregado ou Agente Público	23/04/2007	23/07/2008	07/2008

**Remunerações**

Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
05/2007	457,40		06/2007	589,48		07/2007	522,46	
08/2007	511,75		09/2007	501,97		10/2007	562,43	
11/2007	610,28		12/2007	513,97				
01/2008	614,83		02/2008	589,85		03/2008	493,34	
04/2008	549,03		05/2008	521,60		06/2008	158,25	
07/2008	61,12							

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
2	137.48292.31-6	27.394.840/0001-32	PAVOTEC - PAVIMENTACAO E TERRAPLANAGEM LTDA - EM RECUPERACAO JUDICIAL		Empregado ou Agente Público	20/08/2009		11/2009

**Remunerações**

Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
08/2009	194,72		09/2009	623,94		10/2009	549,94	
11/2009	264,29							

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts.19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99. O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art.195 da CF/1988 e art.29 da EC 103/2019.

**INSS**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

17/04/2024 10:28:47

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 268.85488.40-0      **CPF:** 978.221.591-00      **Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
**Data de nascimento:** 21/10/1966      **Nome da mãe:** FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
3	137.48292.31-6	61.064.929/0064-52	CORTEVA AGRISCIENCE DO BRASIL LTDA.		Empregado ou Agente Público	23/05/2011	16/07/2011	09/2011

Indicadores: IREM-INDPEND

**Remunerações**

Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
05/2011	182,37		06/2011	405,02		09/2011	20,25	PREM-FVIN

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
4	209.77405.48-0	11.194.068/0001-75	MILFER INDUSTRIA E COMERCIO DE MATERIAIS DE CONSTRUCAO LTDA		Empregado ou Agente Público	04/07/2012	08/08/2012	08/2012

**Remunerações**

Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
07/2012	606,67		08/2012	128,34				

Seq.	NIT	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Indicadores
5	268.85488.40-0	RECOLHIMENTO	Contribuinte Individual	01/06/2013	31/12/2014	IREC-INDPEND

**Contribuições**

Competência	Data Pgto.	Contribuição	Salário	Contribuição	Indicadores	Competência	Data Pgto.	Contribuição	Salário	Contribuição	Indicadores
06/2013	10/07/2013	74,58	678,00		IREC-LC123	07/2013	07/08/2013	74,58	678,00		IREC-LC123
08/2013	16/09/2013	74,58	678,00		IREC-LC123	09/2013	07/10/2013	74,58	678,00		IREC-LC123

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts.19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99. O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art.195 da CF/1988 e art.29 da EC 103/2019.

**INSS**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

17/04/2024 10:28:47

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 268.85488.40-0      **CPF:** 978.221.591-00      **Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
**Data de nascimento:** 21/10/1966      **Nome da mãe:** FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

**Relações Previdenciárias**

10/2013	18/11/2013	74,58	678,00	IREC-LC123	11/2013	16/12/2013	74,58	678,00	IREC-LC123
12/2013	07/02/2014	74,58	678,00	IREC-LC123					
01/2014	17/02/2014	79,64	724,00	IREC-LC123	02/2014	05/03/2014	79,64	724,00	IREC-LC123
03/2014	31/03/2014	79,64	724,00	IREC-LC123	04/2014	02/05/2014	79,64	724,00	IREC-LC123
05/2014	06/06/2014	79,64	724,00	IREC-LC123	06/2014	09/06/2014	79,64	724,00	IREC-LC123
07/2014	18/08/2014	79,64	724,00	IREC-LC123	08/2014	12/09/2014	79,64	724,00	IREC-LC123
09/2014	20/10/2014	79,64	724,00	IREC-LC123	10/2014	18/11/2014	79,64	724,00	IREC-LC123
11/2014	09/12/2014	79,64	724,00	IREC-LC123	12/2014	13/04/2015	79,64	724,00	IREC-LC123

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
6	209.77405.48-0	6089137654	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	11/12/2014	09/03/2015	CESSADO

Seq.	NIT	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Indicadores
7	268.85488.40-0	RECOLHIMENTO	Contribuinte Individual	01/03/2015	31/07/2015	IREC-INDPEND

**Contribuições**

Competência	Data Pgto.	Contribuição	Salário Contribuição	Indicadores	Competência	Data Pgto.	Contribuição	Salário Contribuição	Indicadores
03/2015	13/04/2015	86,68	788,00	IREC-LC123	04/2015	19/05/2015	86,68	788,00	IREC-LC123
05/2015	24/06/2015	86,68	788,00	IREC-LC123	06/2015	27/07/2015	86,68	788,00	IREC-LC123
07/2015	11/08/2015	86,68	788,00	IREC-LC123					

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts.19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99.  
 O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art.195 da CF/1988 e art.29 da EC 103/2019.

**INSS**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

17/04/2024 10:28:47

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 268.85488.40-0      **CPF:** 978.221.591-00      **Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
**Data de nascimento:** 21/10/1966      **Nome da mãe:** FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
8	209.77405.48-0	6115325262	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	12/08/2015	20/11/2015	CESSADO

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
9	137.48292.31-6	03.030.662/0001-00	EXCEL CONSTRUTORA E INCORPORADORA LTDA		Empregado ou Agente Público	05/09/2016	24/10/2016	10/2016

**Remunerações**

Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
09/2016	865,10		10/2016	799,61				

Seq.	NIT	Código Emp.	Origem do Vínculo	Matrícula do Trabalhador	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.
10	268.85488.40-0	04.094.192	AGRO-RUB AGROPECUARIA LTDA	0002.000014011	Empregado ou Agente Público	15/02/2022		07/2022

Indicadores: IREM-INDPEND

**Remunerações**

Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
02/2022	411,90	PSC-MEN-SM-EC103	03/2022	1.328,79		04/2022	2.281,90	
05/2022	1.093,30	PSC-MEN-SM-EC103	07/2022	13,33	PSC-MEN-SM-EC103			

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts.19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99. O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art.195 da CF/1988 e art.29 da EC 103/2019.

**INSS**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

17/04/2024 10:28:47

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 268.85488.40-0      **CPF:** 978.221.591-00      **Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
**Data de nascimento:** 21/10/1966      **Nome da mãe:** FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
11	268.85488.40-0	7138744405	Benefício	87 - AMP. SOCIAL PESSOA PORTADORA DEFICIENCIA			INDEFERIDO

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
12	137.48292.31-6	6392495391	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO			INDEFERIDO

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
13	209.77405.48-0	6107003960	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO			INDEFERIDO

**Valores Consolidados por Ano Civil**

Ano	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2022		411,90	1.328,79	2.281,90	1.093,30		13,33					

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts.19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99.  
O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art.195 da CF/1988 e art.29 da EC 103/2019.

**INSS**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

17/04/2024 10:28:47

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 268.85488.40-0      **CPF:** 978.221.591-00      **Nome:** ANTONIO JANUARIO DE FARIAS  
**Data de nascimento:** 21/10/1966      **Nome da mãe:** FRANCISCA JANUARIA DE FARIAS

**Legenda de Indicadores**

<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>
IREC-INDPEND	Recolhimentos com indicadores/pendências	IREC-LC123	Recolhimento no Plano Simplificado de Previdência Social (LC 123/2006)
IREM-INDPEND	Remunerações com indicadores/pendências	PREM-FVIN	Remuneração após o fim do vínculo
PSC-MEN-SM-EC103	Pendência na competência em que o somatório dos salários de contribuição é menor que o mínimo. Competência pode ser passível de complementação, utilização ou agrupamento, de acordo com a EC 103/2019.		



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240417127G58GAZS3VWT57

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, observados os arts.19 ao 19-F do RPS aprovado pelo Decreto 3.048/99. O segurado somente terá reconhecida como tempo de contribuição ao RGPS a competência cujo valor consolidado seja igual ou superior ao salário mínimo, sendo assegurados os ajustes de complementação, utilização ou agrupamento, conforme o caso, de acordo com o § 14 do art.195 da CF/1988 e art.29 da EC 103/2019.