



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 547.813.304-0

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 134456190

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**Assunto:** Pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária

**Decisão:**

**Motivo:** Não comparecimento do segurado para concluir o exame médico pericial.

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei nº 8213, de 24/07/1991. Arts. 71, 72, 305 e seu § 1º do Decreto nº 3048 de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a). Em atenção ao seu pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 05/09/2011, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que V.S. não compareceu para conclusão do exame médico pericial iniciado em 09/09/2011. Caso V.S. não concorde com esta decisão poderá interpor Recurso ao Conselho de Recurso da Previdência Social, dentro prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data: terça-feira, 16 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** PIRACICABA

**Endereço:** RUA XV DE NOVEMBRO 790 798 , CENTRO

**CEP:** 13400-370

**Município:** PIRACICABA

**UF:** SP

**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 9 de Setembro de 2011.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 2404166TI5GKSKBUETPO45



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 504.048.829-3

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 50080070

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Deferimento do Pedido

**Motivo:** Constatação de Incapacidade Laborativa

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 16/10/2002, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que ficou comprovada que houve incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 16/12/2002. 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. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio por Incapacidade Temporária que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: terça-feira, 16 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** JUNDIAI ELOY CHAVES

**Endereço:** RUA BARAO DE JUNDIAI 1150 , CENTRO

**CEP:** 13201-902

**Município:** JUNDIAI

**UF:** SP

**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 16 de Dezembro de 2002.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 2404161CECS0LRUT37M744



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 644.340.571-8

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 221686584

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Indeferimento do Pedido

**Motivo:** Não Constatação 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 Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 05/05/2023, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a 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 respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data: terça-feira, 16 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 14 de Novembro de 2023.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416-ITMNO6K1XUYJB24



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 640.343.575-6

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 216247695

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Indeferimento do Pedido

**Motivo:** Não Afastamento da(s) Atividade(s)

**Fundamentação Legal:** Art. 40 da Lei nº 9.784, de 29/01/1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal.

Em atenção ao requerimento de Auxílio - Doença, efetuado em 19/08/2022, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício, considerando que não foi comprovado o afastamento da(s) atividade(s). Caso discorde dessa decisão, o Senhor poderá apresentar recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto nos art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS (meu.inss.gov.br) ou pela Central 135.

Data: terça-feira, 16 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 10 de Janeiro de 2023.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416GBBQTZ-D92-YP61



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 549.807.742-0

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 137987158

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**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 21/03/2012, 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: terça-feira, 16 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** BRASILIA GAMA

**Endereço:** A ESPECIAL SHOPPING , SETOR CENTRAL GAMA

**CEP:** 72405-561

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**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 10 de Maio de 2012.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 24041667WTENAYDI169I20



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 548.352.352-7

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 135381008

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença

**Decisão:** Indeferimento do Pedido

**Motivo:** Não Constatação 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 Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 10/10/2011, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a 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 respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data: terça-feira, 16 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** BRASILIA GAMA

**Endereço:** A ESPECIAL SHOPPING , SETOR CENTRAL GAMA

**CEP:** 72405-561

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**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 28 de Outubro de 2011.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416MLJMGHIO-BDDL051



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

**NIT:** 139.58704.10-6

**Número do Benefício:** 570.148.880-9

**Espécie:** 31

**Número do Requerimento:** 22666416

**Ao Sr. (a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS

**CEP:** 72668-000

**Município:** BRASILIA

**UF:** DF

**Assunto:** Requerimento de Auxílio por Incapacidade Temporária

**Decisão:** INDEFERIDO

**Motivo:** O(a) requerente não compareceu para realização de exame médico-pericial.

**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991 e Art. 71 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

Em atenção ao requerimento de Auxílio por Incapacidade Temporária, efetuado em 18/09/2006, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício, em razão do não comparecimento para realização do exame médico-pericial.

Data: terça-feira, 16 de abril de 2024.

**Alessandro Antonio Stefanutto**

Presidente do INSS

**Agência da Previdência Social:** SAO PAULO LAPA

**Endereço:** R ENGENHEIRO FOX 443 , LAPA DE BAIXO

**CEP:** 05069-020

**Município:** SAO PAULO

**UF:** SP

**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 6 de Março de 2007.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 2404168G8W72V2TOQJHP15



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
GET - Gerenciador de Tarefas  
Informações da Tarefa

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

2037083755

Data de entrada: 24/03/2021 - Central de Serviços -

#### Dados Básicos

<b>Serviço</b> Aeronauta Gestante - Auxílio-Doença	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV	<b>Data de entrada do requerimento</b> 24/03/2021 11:22	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Internet
	<b>Última atualização</b> 03/11/2021 13:55	

#### Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

#### Campos adicionais:

Campo	Valor
Deseja cadastrar procurador ou representante legal para este pedido?	A) Não. Eu sou o(a) titular.
Você é aeronauta (comandante, copiloto, mecânico de voo, comissária de bordo, operador de equipamentos especiais) e está grávida?	B) Não
Você possui atestado ou documento médico que comprove a gestação em curso?	A) Sim
Você possui a declaração emitida pela empresa comprovando sua atividade exercida como aeronauta e o último dia de trabalho?	B) Não

#### Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
779.458.084-68	FRANCISCO CHAGAS DA SILVA	07/07/1964	GERALDA RITA DA CONCEICAO

#### 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?
159175553	SCAN_20210324_111752279.pdf	Documentos	759,39kB	779.458.084-68 - 24/03/2021 11:22	Não
2037083755	- Aeronauta Gestante - Auxílio-Doença (Tarefa principal)				
215221925	NB 1845104185.pdf		260,94kB	2358328 - 28/10/2021 10:42	Não
2037083755	- Aeronauta Gestante - Auxílio-Doença (Tarefa principal)				



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416AH0F3904





## Dados do Paciente

**Paciente:** FRANCISCO CHAGAS DAS SILVA **Registro:** EM-25220831  
**SES:** 3993730 **Data admissão:** 09/03/2021 **Data da alta:** 09/03/2021  
**Sexo:** Masculino **Data Nascimento:** 07/07/1964 **Idade:** 56 (A) 8(M) 15(D)  
**Filiação:** Geralda Rita da Conceicao  
 Francisco Rodrigues da Silva  
**Endereço:** A CASCALHEIRA, CH 29 A CASA 05  
**Especialidade:** **Motivo da Admissão:**

### Procedência

Passagem	Status	Dt/Hr Admissão	Ala	Tipo	Dt/Hr Alta
E28241524	Pré-Admissão	19/04/2021 07:15		Externo	
EM-25220831	Fechada	09/03/2021 09:57	HRT PS Ortopedia	Emergência	09/03/2021 12:18
EM-25184085	Fechada	25/02/2021 19:38	HRT PS Ortopedia	Emergência	25/02/2021 22:58
E24261751	Atual	13/08/2018 10:18		Externo	
EM-17565882	Fechada	30/07/2016 21:52	HRSam- PS Cirurgia Geral	Emergência	30/07/2016 22:49
EM-16313511	Fechada	06/01/2016 19:13	UPAHRSAM Clínica Médica	Emergência	09/01/2016 23:02
EM-15490550	Fechada	05/08/2015 20:24	UPAHRSAM Clínica Médica	Emergência	05/08/2015 22:32
EM-15486348	Fechada	05/08/2015 09:35	UPAHRSAM Clínica Médica	Emergência	05/08/2015 09:44
EM-14706079	Fechada	13/04/2015 09:06	HRT PS Odontologia	Emergência	13/04/2015 15:37
E15606414	Atual	23/03/2015 08:34		Externo	
E14927530	Atual	21/11/2014 15:12		Externo	
EM-13840513	Fechada	17/11/2014 08:12	HRT PS Odontologia	Emergência	17/11/2014 09:39
EM-10947501	Fechada	01/04/2014 19:46	HRG PS Cirurgia Geral	Emergência	01/04/2014 19:46
EM-9228299	Fechada	31/08/2013 08:54	HRG PS Clínica Médica	Emergência	12/09/2014 14:53
EM-5224697	Fechada	22/03/2012 09:02	HRG PS Clínica Médica	Emergência	22/03/2012 18:03

#### Exame Físico

ANTONIO GOUVEIA DE A CASTRO Medico Ortopedia e Traumatologia

COM FERULA

#### Conduta

ANTONIO GOUVEIA DE A CASTRO Medico Ortopedia e Traumatologia

RX

### Diagnóstico

09/03/2021 12:18 S62.6 Fratura de outros dedos

### Evoluções

Data	Hora	Anotações	Profissional
------	------	-----------	--------------



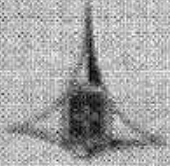
## Dados do Paciente

<b>Paciente:</b>	<b>FRANCISCO CHAGAS DAS SILVA</b>			<b>Registro:</b>	EM-25220631
<b>SES:</b>	3993730	<b>Data admissão:</b>	09/03/2021	<b>Data da alta:</b>	09/03/2021
<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>Data Nascimento:</b>	07/07/1964	<b>Idade:</b>	56 (A) 8(M) 15(D)
<b>Filiação:</b>	Geralda Rita da Conceicao				
	Francisco Rodrigues da Silva				
<b>Endereço:</b>	A CASCALHEIRA CH 29 A CASA 05				
<b>Especialidade:</b>	Motivo da Admissão:				

09/03/2021	11:52	<p>*** UTO ***</p> <p>PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRATURA DE BASE DA FALANGE DÍSTAL DO 5ºQRD RETORNA COM RADIOGRAFIA DE DEDO. AVALIADO RADIOGRAFIA SEM LAUDO: VISUALIZADO SINAIS DE FRATURA NA BASE DA FALANGE DÍSTAL DO 5ºQRD.</p> <p>NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA HPP: NEGA</p> <p>PULSO E NEUROVASCULAR PRESERVADOS.</p> <p>CONDUTA:</p> <p>SOLICITO RETIRADA DE TALA ATUAL E REALIZAÇÃO DE NOVA IMOBILIZAÇÃO REAVALIAÇÃO</p>	AMANDA SAGRILO TONDOLO
09/03/2021	12:18	<p>SOB ORIENTAÇÃO DR. ANTONIO GOUVEIA</p> <p>*** UTO ***</p> <p>COLOCADA NOVA TALA EM 5ºQUITRODACTILO ESQUERDO EM POSIÇÃO DE EXTENSÃO DA FALANGE DÍSTAL.</p> <p>CD:</p> <p>ALTA COM ORIENTAÇÕES</p> <p>RETORNO AMBULATORIAL</p> <p>SOB ORIENTAÇÃO DR. ANTONIO GOUVEIA</p>	AMANDA SAGRILO TONDOLO

### Exames Realizados no Laboratório

Consulta de urgência médica na APS  
Mão Esquerda  
RETIRAR TALA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADOS DE SAÚDE

Unidade de Saúde

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a)

Sr.(a)

Foi atendido (a) na Unidade de

do

no dia

às

horas. Necessitando de

) dias de repouso.

CID:

Data:

Lucas Nogueira  
Médico  
CRM-DF 2001

Lucas Nogueira  
Médico  
CRM-DF 2001

Assinatura e Carimbo do Médico

Despacho (177819133)

Enviado em 13/09/2021 11:34

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV 2037083755 - Aeronauta Gestante - Auxílio-Doença (Tarefa principal)

---

#### BENEFÍCIO AERONAUTA GESTANTE – AUXÍLIO-DOENÇA

Deverá apresentar obrigatoriamente a seguinte documentação para análise do direito:

a) Documento oficial com foto e certidão de nascimento/ou casamento conforme o estado civil;

b) Atestado Médico ou outro Documento Médico sem rasuras ou emendas contendo:

a) nome completo da gestante;b) atividade como aeronauta;c) gestação em curso;d) data do início da gestação;e) data provável do parto; ef) nome do médico emitente, número do CRM, assinatura e data de emissão do documento médico.

c) c) Declaração constante no anexo do Memorando Circular Conjunto nº41/DIRBEN/DIRAT/PFE/DIRSAT/INSS de 13 de novembro de 2017. Este está em anexo a esta carta

d) Declaração da Empresa Empregadora, informando:I. Atividade exercida pela Aeronauta;II. Data do último dia de trabalho – DUT

O não atendimento desta exigência ou a ausência de manifestação até o final do prazo para seu atendimento que é de 30 dias poderá acarretar desistência do processo, o que não prejudica a apresentação de novo requerimento pelo interessado, conforme disposto no §9º do art. 678 da IN nº 77, de 2015.



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

28/10/2021 10:13:31

**Identificação do Filiado****Nit:** 1.395.870.410-6**CPF:** 779.458.084-68**Nome:** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**Data de Nascimento:** 07/07/1964**Nome da Mãe:** GERALDA RITA DA CONCEICAO**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	1.395.870.410-6	04.582.083	VITORIA PRESTACAO DE SERVICOS DE DEPOSITOS PARA TERCEIROS LTDA	Empregado	20/01/2021	05/04/2021	04/2021	IREM-INDPEND

**Legenda de Indicadores**

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IREM-INDPEND	Remunerações com indicadores/pendências		



## Identificar Filiado - Consultar Extrato

Dados Cadastrais			
NIT	13958704106	Fonte do NIT	PIS
Administrador do NIT	PIS	Fonte Cadastramento	PIS
Ano da administração		Data de Cadastramento	15/05/2018
		Data de Atualização	04/01/2021

Dados Básicos			
Nome	FRANCISCO CHAGAS DA SILVA		
Nome da Mãe	GERALDA RITA DA CONCEICAO		
Nome do Pai	FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA		
Sexo	MASCULINO	Estado Civil	SOLTEIRO(A)
		Grau de Instrução	FUNDAMENTAL INCOMPL.
Cor/Raça	PARDA	Data Nascimento	07/07/1964
		Data de Óbito	
Nacionalidade	BRASILEIRA	País de Origem	BRASIL
		Data de chegada	
Município de Nascimento	LUZIANIA	UF de Nascimento	GO

Documentos	
CPF	77945808468
Identidade	Número: 00001249553 Orgão Emissor: SSP UF: RN Data de Emissão: Número: 00011249552 Orgão Emissor: SSP UF: SP Data de Emissão: Número: 00538154007 Orgão Emissor: SSP UF: SP Data de Emissão:
CTPS	Número: 68743 Série: 125 UF: SP Data de Emissão: Número: 68743 Série: 12 UF: PB Data de Emissão:
Título de Eleitor	Número: 139740310175 Data de Emissão:
CNH	
Doc. Estrangeiro	
Carteira de Marítimo	
Passaporte	
Certidões Civis	Tipo:Certidão de Nascimento, UF:, Município: , Cartório: , Folha: 295, Livro: 4, Termo: 2501, Data do Evento: Data do Registro: Data de Emissão de 2ª via: 24/05/1989

Contato			
Endereço principal	Tipo Logradouro:RODOVIA, Logradouro: BR-060, Número: S/N, Complemento: CH 23, Bairro: RECANTO DAS EMAS, BRASILIA - DF, CEP: 72668000		
Endereço Secundário			
Telefone 1	55- (61) 996677102	Telefone 2	Celular
Email			

Lista de Elos			
NIT	Fonte Origem	CPF	Nome



I.N.S.S.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

DATA: 28/10/2021

PG: 01

Versao : 9.6j

RESUMO DE BENEFICIO EM CONCESSAO

BENEFICIO: 184.510.418-5 ESPECIE: 31 AUXILIO INCAPAC.TEMPORARIA PREVIDENC. TRATAMENTO : DER: 24/03/2021 DRD: 24/03/2021  
ACP(s) utilizada(s): 10106614520174013400

ORGAO CONCESSOR : 06021030 ORGAO MANTENEDOR : 23001040 ORGAO PAGADOR :  
DESPACHO : 35 INDEFERIMENTO MOTIVO : 221 - Beneficio não previsto no campo material do Acordo  
CONTA CORRENTE: MICRO REGIAO :

----- TITULAR ( SEGURADO ) -----  
NOME : FRANCISCO CHAGAS DA SILVA SEXO : M DATA NASCIMENTO : 07/07/1964  
IDENTIDADE : 1249553 / 01 / RN C.T.P.S. : 68743 / 125 / SP NIT : 13958704106 C.P.F. : 779458084-68  
NOME MAE : GERALDA RITA DA CONCEICAO

----- ENDERECO P/ CORRESPONDENCIA (TITULAR) -----  
ENDERECO : BR060 SN CH 23 BAIRRO : RECANTO DAS EMAS MUNICIPIO : BRASILIA  
U. F. : DF TELEFONE :

----- DADOS DO BENEFICIO -----  
R. A. : 2 COMERCARIOS F. F. : 0 DESEMPREGADO D.I.B. : 24/03/2021 D.I.P. : 24/03/2021 L.T. : .  
DAT/DD : 24/03/2021 D.O. / D.R. : CODIGO ACIDENTE :  
I. R. : DEP. I.R. : EX COMBATENTE ? : N MEDICO RESIDENTE : N PARECER SERVICO SOCIAL :  
PONTOS TALIDOMIDA : NB DESDOBRADO :

----- DADOS DO OBITO DO SEGURADO -----  
CARTORIO :  
DATA.REGISTRO : LIVRO:  
FOLHA : TERMO:

----- BENEFICIO ANTERIOR -----  
NB : ESPECIE : DIB : SB NB.ANT :  
B94/36 : MR B94/36 :  
B94/36 : MR B94/36 :

----- REPRESENTANTE LEGAL ( ) -----  
NOME : SEXO : DATA NASCIMENTO : DATA TERMO  
IDENTIDADE : C.T.P.S. : NIT : C.P.F. :  
NOME MAE :

----- ULTIMA PERICIA MEDICA ----- CONSIGNACOES -----  
ACOMPANHANTE : ARTIGO 27 : ! CODIGO :  
DATA ACIDENTE : % REDUCAO : ! VALOR :  
D. I. I. : D. I. D. : ! PERCENTUAL :  
DIAGNOSTICO : -----ACIDENTE-----! PERIODO INICIAL:  
DATA LIMITE : NEXO TEC. : ! PERIODO FINAL :  
CONCLUSAO : REABERTURA: !







I.N.S.S.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

DATA: 28/10/2021

PG: 03

Versao : 9.6j

RESUMO DE BENEFICIO EM CONCESSAO

BENEFICIO: 184.510.418-5 ESPECIE: 31 AUXILIO INCAPAC.TEMPORARIA PREVIDENC. TRATAMENTO : DER: 24/03/2021 DRD: 24/03/2021  
ACP(s) utilizada(s): 10106614520174013400

----- LEGENDA DOS CODIGOS DE ANALISE DE MULTIPLA ATIVIDADE NAS PLANILHAS DE VALORES -----

- 0 - Valor de atividade secundaria
- 1 - Beneficio sem indicativo de multipla atividade
- 2 - Atividade no PBC nao representa atividade para fim de multipla atividade
- 3 - Houve cumprimento dos requisitos na atividade
- 4 - A soma dos salarios de contribuicao na competencia atingiu o teto
- 5 - Nao existe outra atividade concomitante na competencia
- 6 - Trata-se da atividade principal



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

C O M U N I C A Ç Ã O D E D E C I S Ã O

NOVA ANDRADINA, 28 de Outubro de 2021

Número do Benefício: 184.510.418-5

Ao Sr(a): FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Endereço: BR060 SN CH 23 - RECANTO DAS EMAS

CEP: 72668-000 Município: BRASILIA

UF: DF

ASSUNTO: Pedido de Benefício

DECISÃO: Indeferimento

MOTIVO: Benefício não previsto no campo material do Acordo

FUNDAMENTAÇÃO Regulamento da Previdência, aprovado pelo Decreto no.

LEGAL: 3.048 de 06/05/99, arts

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao seu Pedido de Benefício, formulado em 24/03/2021, informamos que após a análise dos documentação apresentada, não foi reconhecido o direito ao benefício, pois o benefício requerido não está previsto no campo material do Acordo.

Caso discorde dessa decisão, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto no art. 305, par. 1o., do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no. 3.048/99.

A apresentação do Recurso poderá ser agendada por meio do portal do INSS na internet ([www.inss.gov.br](http://www.inss.gov.br)), da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei no. 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no. 3.048/99.

CHEFE DA AGÊNCIA / UNIDADE DE ATENDIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

Agência da Previdência Social: APS NOVA ANDRADINA

Endereço: RUA JOSE GOMES DA ROCHA 122

CEP: 79750-000 Município: NOVA ANDRADINA

UF: DF

Despacho (190070644)

Enviado em 03/11/2021 13:55

Unidade: 23001800 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CEAB RECONHECIMENTO DE DIREITO DA SRV 2037083755 - Aeronauta Gestante - Auxílio-Doença (Tarefa principal)

---

O Auxílio-doença Segurada Empregada Aeronauta Gestante surgiu após a impetração do Mandado de Segurança nº 10106614520174013400 – DF, em razão da peculiaridade da profissão a bordo de aeronaves pressurizadas que oferecem risco a gestação, equiparando, dessa forma, o estado de gravidez à incapacidade laborativa. A determinação de cumprimento abrange os requerimentos a partir de 29 de agosto de 2017. É preciso esclarecer que, embora o nome contenha os dizeres “auxílio-doença”, não se confunde com Auxílio-doença por Incapacidade, renomeado Benefício de Auxílio por Incapacidade Temporária.

Ref.: 31/1845104185

Int.: FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Ass.: Indeferimento do benefício

1. Trata-se de auxílio-doença para Aeronauta gestante indeferido por sexo incompatível com o tipo de benefício e não comprovação de tal atividade.

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

2. Sem mais diligências. Arquive-se.



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
GET - Gerenciador de Tarefas  
Informações da Tarefa

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

638341484

Data de entrada: 07/06/2022 - Central de Serviços -

## Dados Básicos

<b>Serviço</b> Cópia de Processo	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASÍLIA - GAMA	<b>Data de entrada do requerimento</b> 07/06/2022 09:14	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Internet
	<b>Última atualização</b> 27/10/2022 15:30	

## Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

## Campos adicionais:

<b>Campo</b>	<b>Valor</b>
NB	064.884.982-1
1) Trata-se de solicitação de cópia de processo de pessoa falecida?	A) Não
Deseja cópia de Laudo Médico?	SIM
Você é Procurador ou Representante Legal para este pedido, com poderes específicos para solicitação de laudo médico?	NÃO

## Interessados

<b>CPF</b>	<b>Nome Completo</b>	<b>Data Nascimento</b>	<b>Nome Completo da Mãe</b>
779.458.084-68	FRANCISCO CHAGAS DA SILVA	07/07/1964	GERALDA RITA DA CONCEICAO

## 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?
269687830	AAAA_0139.pdf	3. Documento de identificação do titular (RG/CNH/CTPS)	275,06kB	779.458.084-68 - 07/06/2022 09:14	Não
638341484	- Cópia de Processo (Tarefa principal)				
310288602	77945808468.pdf		158,46kB	161449 - 27/10/2022 15:30	Não
638341484	- Cópia de Processo (Tarefa principal)				



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416B7BUWH19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DISTRITO FEDERAL  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 POLÍCIA CIVIL  
 DPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Francisco Chagas da Silva

*Francisco Chagas da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

Instituto Civil de Registro de Id.

Recomenda-se Não plastificar

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL 4.071.707 DATA DE EXPIRAÇÃO 29/08/2018

NOME **FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**

PRENOME **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**  
**GERALDA RITA DA CONCEIÇÃO**

DATA DE NASCIMENTO **07/07/1964**

LOCAL DE NASCIMENTO **SOUSA / PB**

C.NASC. 073387.01.55.1979.1.00004.295.0002501.41 (02/08/2018)

TRINFO - PB

CPF **779.458.084-68**

72325335

*[Assinatura]*  
 Assinado eletronicamente por A. Júnior  
 ASSINATURA DO DIRETOR

NH 05

**LEI Nº 7.116 DE 29/08/83**

Instituto Civil de Registro de Id.

Despacho (269990431)

Enviado em 27/10/2022 15:30

Unidade: 23001020 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL BRASÍLIA - GAMA

638341484 - Cópia de Processo (Tarefa principal)

---

COPIA DE LAUDO MEDICO ANEXADO



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
GET - Gerenciador de Tarefas  
Informações da Tarefa

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1491235735

Data de entrada: 23/01/2023 - Central de Serviços -

## Dados Básicos

<b>Serviço</b> Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia)	<b>Status</b> Concluída	<b>Prioridade</b> Normal
<b>Unidade de Protocolo</b> SERVIÇO DE CENTRALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE RECONHECIMENTO DE DIREITOS	<b>Data de entrada do requerimento</b> 23/01/2023 14:47	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Central 135
	<b>Última atualização</b> 08/03/2023 09:03	

## Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

## Campos adicionais:

<b>Campo</b>	<b>Valor</b>
NR	216247695
Trata-se de empregado?	Sim

## Interessados

<b>CPF</b>	<b>Nome Completo</b>	<b>Data Nascimento</b>	<b>Nome Completo da Mãe</b>
779.458.084-68	FRANCISCO CHAGAS DA SILVA	07/07/1964	GERALDA RITA DA CONCEICAO

## 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?
340731400	CTPS.pdf		4,71MB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
340731404	CTPS Digital.pdf		327,78kB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
340731403	CTPS (2)_compressed.pdf		327,78kB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
340731425	RG FRANCISCO CHAGAS.pdf		327,78kB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
340731402	Declaração de Trabalho.pdf		327,78kB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
340731399	CTPS (3).pdf		4,71MB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
340731401	DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO.pdf		327,78kB	16/02/2023 00:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				
345813251	FRANCISCO_77945808468_ANALISE. ANALISE.pdf		96,06kB	1972098 - 08/03/2023 09:00	Não
1491235735	- Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)				



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416G1O98K00





Despacho (289320714)

Enviado em 23/01/2023 15:48

1491235735 - Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)

---

Prezado(a) Senhor(a),

1. Para análise de seu pedido, é necessário apresentar os seguintes documentos no prazo de 30 dias:

Documento de identificação e CPF do interessado, além de comprovante de endereço ou declaração informando o endereço residencial com CEP.

Declaração emitida pelo empregador informando qual foi o último dia trabalhado. Informar se houve retorno ao trabalho, os dias trabalhados e se houve novo afastamento. Deverá ser informado se houve afastamento superior a 15 dias pela mesma doença dentro de 60 dias e se houve gozo de férias.

Todas as Carteiras de Trabalho do interessado. Digitalizar todas as páginas que contenham anotações (identificação, contratos, anotações de contribuição sindical, alterações salariais, férias, FGTS e anotações gerais), obedecendo à sequência das páginas.

2. A apresentação dos documentos solicitados poderá ser feita por meio do Meu INSS (site [meu.inss.gov.br](http://meu.inss.gov.br) ou aplicativo de celular), sem comparecer à Agência da Previdência Social.

Deverão ser digitalizados ou fotografados os documentos originais e a digitalização ou a foto deverá ser legível, contemplando todo o documento, preferencialmente colorida.

Para enviar seus documentos pelo Meu INSS:

- a) Faça login no Meu INSS;
- b) Clique na opção "Cumprimento de Exigência" e selecione seu requerimento ou clique na opção "Consultar Pedidos" e em seguida "Cumprir Exigência" no requerimento selecionado;
- c) Clique no botão "Anexar arquivo" e depois em "Anexar";
- d) Selecione os arquivos que deseja enviar e depois clique em "Confirmar";
- e) Escreva um comentário no campo "Responda Aqui" e clique em "Enviar".

3. Caso prefira atendimento presencial, você deverá agendar o serviço de "Cumprimento de exigência" no Meu INSS clicando em "Novo Pedido" ou ligar para a Central 135.

4. Caso os documentos solicitados nesta exigência automática já tenham sido anexados, basta cumprir a exigência informando.

5. A ausência de manifestação no prazo informado poderá acarretar a desistência do processo.

Despacho (295048469)

Enviado em 16/02/2023 09:10

1491235735 - Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)

---

Em cumprimento ao Pedido de Exigência - Protocolo: 1491235735, referente ao pedido de Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-Perícia), segue em PDF as Carteiras de Trabalho do interessado, físicas e digital, com referidas anotações. Segue também Documento de Identificação e CPF, e endereço com declaração. Por fim, declaração emitida pelo empregador, informando o vínculo empregatício, que se encontra em aberto. Em relação as demais informações solicitadas, informa-se que não houve afastamento no presente vínculo de emprego e que o requerente se encontra em período aquisitivo em relação as férias, logo não houve gozo de férias.

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. Conversa e discussão no trabalho propõem a acidentes pela desatenção.

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

Os óculos, 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 consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manco 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 ..... 68743 ..... Série ..... 00012-73

Francisco em 805 das 146  
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome ..... Francisco Chagas da Silva  
 Loc. Nasc. ..... Beama  
 Filiação ..... Francisco Rodrigues da Silva  
 Data ..... 07/07/1964  
 Doc. Nº ..... 53.885.400-7



ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Data Emissão ..... 21/08/11 ..... SRTE .....  
 Assinatura do Funcionário ..... Edleine Stenico

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

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

### CONTRATO DE TRABALHO

CNPJ : 38.063.392/0001-00  
LJIL INCUBADORA LTDA

RODOVIA DF 180 KM 65 CHACARA 12 PONTE AL  
GAMA - CEP 72460-970  
BRASILIA - DF

Esp. estab. : Produção de Pintos de um d  
Função : AUXILIAR DE INCUBATORIO  
CBO : 613305 CTPS : 0068743/00012  
Data admissão : 15 de Março de 2013  
Registro nº : 2156  
Folha/Ficha :  
Remuneração especificada :  
R\$ 679,00 (seiscentos e setenta e oito reais) por mês.

*[Handwritten signature]*  
LJIL INCUBADORA LTDA

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

1º ..... 2º .....  
Data saída ..... de ..... de 2014

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
Com. Dispensa CD nº .....

### CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CONBRAL SA CONSTRUTORA BRASILIA  
SAA CL QUADRA 3 BL D SALA 29  
BRASILIA - DF CNPJ 00.068.841/0001-30  
Esp. Estabelecimento CONSTRUCAO CIVIL  
CARGO GUARDIAO NOTURNO CBO 517330-00-09692

Data Admissao 03 de Fevereiro de 2015  
Registro No. Fls./Ficha  
Remuneracao R\$ 829,40 ( OITOCENTOS E VINTE E NOVE  
REAIS E QUARENTA CENTAVOS) POR MES  
00-09692

*[Handwritten signature]*  
CONBRAL SA CONSTRUTORA BRASILIA

1º ..... 2º .....  
Data saída 29 de maio de 2018

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....  
Com. Dispensa CD nº .....

### CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... 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 nº .....

### CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... 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 nº .....



**ALTERAÇÕES DE SALÁRIO**

Aumentado em 01/05/17 Para R\$ 10.274,40.  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de Limpeza

~~CONTRATO~~  
Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para R\$ .....  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de .....

Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para R\$ .....  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de .....

Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para R\$ .....  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de .....

Assinatura do empregador

**ALTERAÇÕES DE SALÁRIO**

Aumentado em 01/01/14 Para R\$ 7.240,00  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de Limpeza

~~CONTRATO~~  
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/05/15 Para R\$ 9.740,00  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de Limpeza

~~CONTRATO~~  
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/05/16 Para R\$ 9.710,00  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de Limpeza

~~CONTRATO~~  
Assinatura do empregador

Aumentado em 01/12/16 Para R\$ 9.850,00  
Na função de .....  
CBO ..... por motivo de Limpeza

~~CONTRATO~~  
Assinatura do empregador

34

### ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 2013/2014  
de 17/03/14 a 14/04/2014  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2015/2016  
de 01/02/16 a 26/04/16  
CONSERVATÓRIA DE BRASÍLIA  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de 2016/2017  
de 03/01/17 a 21/01/17  
CONSERVATÓRIA DE BRASÍLIA  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

35

### ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

37

20  
6)



### ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de ..... a .....  
de ..... a .....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de ..... a .....  
de ..... a .....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de ..... a .....  
de ..... a .....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de ..... a .....  
de ..... a .....

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de ..... a .....  
de ..... a .....

Assinatura do empregador

FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

### OPÇÃO RETRATAÇÃO

15/03/2013

Banco depositário : CAIXA ECONOMICA FEDERAL IO  
Agência : AGENCIA CENTRAL UF : DF  
B: Cidade : GAMA  
A: LUIZ INCLICAPORA LTDA  
Pr: LUIZ INCLICAPORA LTDA  
Er: Carimbo e assinatura do empregador

Carimbo e assinatura do empregador

### OPÇÃO RETRATAÇÃO

OPÇÃO: 03/02/15 RETRATAÇÃO: / /

BCO/AG.: /

PRACA - CONSTRUTORA BRASILLIA 00-09892

Assinatura do empregador  
CONSTRUTORA BRASILLIA

**ANOTAÇÕES GERAIS**

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

**Contrato de Experiência**

**CNPJ :38.063.392/0001-00**  
LJIL INCUBADORA LTDA

RODOVIA DF 160 KM 85 CHACARA 12 PONTE ALTA  
GAMA - CEP 72460-970  
BRASILIA - DF

CTPS : 0058743/00012

O portador da presente foi admitido em 19/03/2013, por instrumento escrito, pelo prazo de 45 dias de experiência, podendo o contrato ser prorrogado por mais 45 dias.

  
LJIL INCUBADORA LTDA.

Ass. do empregador ou a cargo ci test.

**ANOTAÇÕES GERAIS**

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

O portador da presente carteira foi admitido em 03/02/15 pelo prazo de 30 dias, de EXPERIENCIA sendo automaticamente prorrogado por 60 dias, e, certidos, se não houver manifestacao contraria e, podera ser rescindido por ambas as partes antes do termino do prazo estabelecido independente de indenizacao ou Aviso Previo.

  
CONSTRUTORA BRASÍLIA

**ANOTAÇÕES GERAIS**

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

De acordo com a normativa nº 15  
de 14 julho de 2010

A carta de saída prejetada para  
aviso indenizado a valor de R\$ 1.651,18

Último dia efetivamente trabalhado foi

20/11/18



CONFERIR ASSINATURA BRASILEIRA

**ANOTAÇÕES GERAIS**

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

68

**INTERNACÕES**

Hospital ..... Registro .....  
 Internado em ..... / ..... / ..... Alta em ..... / ..... / .....  
 Rubrica ..... Matrícula .....  
 Hospital ..... Registro .....  
 Internado em ..... / ..... / ..... Alta em ..... / ..... / .....  
 Rubrica ..... Matrícula .....  
 Hospital ..... Registro .....  
 Internado em ..... / ..... / ..... Alta em ..... / ..... / .....  
 Rubrica ..... Matrícula .....  
 Hospital ..... Registro .....  
 Internado em ..... / ..... / ..... Alta em ..... / ..... / .....  
 Rubrica ..... Matrícula .....  
 Hospital ..... Registro .....  
 Internado em ..... / ..... / ..... Alta em ..... / ..... / .....  
 Rubrica ..... Matrícula .....

69

**CAIXA ECONOMICA FEDERAL**  
 DEPARTAMENTO DE ESPERANÇAS

01 - Classe de PIS 122-92958-97-1

PAULISCO CHAGAS DA SILVA

Data de Nascimento 07-07-64  
 Sexo  Masculino  Feminino

Nome do Beneficiário PAULISCO CHAGAS DA SILVA

Nome do Banco C.E.F. CAIXA SAUVO AMARO  
 Agência de Pagamento 104/269

Endereço da Agência RUA DR. ARNONTO BERTHO, 509 (SP)

ATENÇÃO: Somente é válido com o carimbo patrocínio da Agência da CAIXA ECONOMICA FEDERAL e com apresentação de documento oficial de identidade.

38 050

ANOTAÇÕES GERAIS A CARGO DO BENEFICIÁRIO

## TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprova a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta e a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://trabalho.gov.br)

## MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

REGISTRO Nº: **139.58704.10-6**

NOME: **0313965**      SEXO: **0060**      UF: **DF**

*Francisco Chagas da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR




03

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**

FILIAÇÃO: GERALDA REITA DA COSTA MACHADO  
FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

NASCIMENTO: 07/07/1964

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: TERESOPÓLIS - RJ

DOCUMENTO: R.G. - 5285-5407 - 01/05/2005 - SSP - SP

ZONA: \_\_\_\_\_

CNH: \_\_\_\_\_

SEÇÃO: \_\_\_\_\_

LEI Nº 8.048 DE 18 DE MAIO DE 1990

CPF: 779.458.004-00

TÍT. ELEITOR: \_\_\_\_\_

LOCAL DE EMISSÃO: ANDRÉ BASSILHA - INUIZI ANOIA

DATA DE EMISSÃO: 18/05/2011

Assinatura do titular do documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional

ASSINATURA DO TITULAR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC. DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

---

NOME: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

---

NOME: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

---

NOME: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE

---

### L E G E N D A

A - CASAMENTO    C - DIVÓRCIO    E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE    G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SSP FEDERAL    D - ADOÇÃO    F - RESCISÃO VOLUNTÁRIA

03

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO									
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMÓFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	00001 - CONBRAL SA CONSTRUTORA BRASILIA CNPJ/CEI: 00.068.841/0001-30 End.: SAAN QUADRA 3 70.632-300 - BRASILIA-DF CNAE: Construção de edifícios FRANCISCO CHAGAS DA SILVA Função: GUARDIAO NOTURNO CBO: 517420 Data Admissão: 03/02/2015 Matrícula: 9692 Salário: R\$ 829,40 Mensal (***OITOCENTOS E VINTE E NOVE REAIS E QUARENTA CENTAVOS***) Mensal								
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CONSTRUTORA BRASILIA									
DOADOR DE ÓRGÃOS (Lei n.º 479, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DATA DE SAÍDA: 29 DE MARÇO DE 2010 CONSTRUTORA BRASILIA									
CARTEIRAS ANTERIORES		COM. DISPENSA CD N.º									
<table border="1"> <tr> <th>NUMERO</th> <th>SERIE</th> <th>UF</th> <th>DATA DE EMISSÃO</th> </tr> <tr> <td>151051119</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO	151051119				FGTS Nº DA CONTA	
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO								
151051119											
06		07									

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		CONTRATO DE TRABALHO	
<p><b>CNPJ : 04.582.083/0001-25</b>  <b>VITORIA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DEPOSITOS PARA TERCEIROS LTDA ME</b>            ROD BR-060 S/N CHACARA 23 MD 1 SL 5            RECANTO DAS EMAS - CEP 72668-000            BRASILIA - DF</p> <p>Esp. estab. :            Cargo : SERVIÇOS GERAIS            CBO : 5143-20    CTPS : 0313965/00080            Data admissão : 20 de Janeiro de 2021            Livro : 1            Folha : 21            Remuneração especificada :            R\$ 1.100,00 (um mil e cem reais) por mês.</p> <p><i>Juliana</i>            Vitoria Prestação de Serviços de Depósitos para Terceiros LTDA  <b>CNPJ : 04.582.083/0001 25</b></p>		<p><b>CONTRATO DE TRABALHO</b></p> <p>EMPREGADOR</p> <p>COOP/CEI</p> <p>ENDEREÇO</p> <p>MUNICÍPIO</p> <p>ESP. DO ESTABELECIMENTO</p> <p>CARGO</p> <p>DATA DE ADMISSÃO</p> <p>REGISTRO N.º</p> <p>REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA</p> <p>DATA DE SAÍDA</p> <p>COM. DISPENSA CD N.º</p> <p>FGTS Nº DA CONTA</p>	
08		09	

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **NADIR ARANTES DE CARVALHO**, CPF 295.037.951-68, RG 266478 2º via , declaro que **FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**, CNPF 779.458.084-68, que reside na Rua 605, Qd. 54 L. 09/09 Setor sul I, em Uruaçu-GO, CEP 76400-00.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das informações aqui prestadas.



(assinatura do declarante)

Uruaçu-GO, 30/01/23.



Uruaçu/GO, 09 de fevereiro de 2023.

## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem possa a interessar que o Sr.<sup>a</sup> 13833 FRANCISCO CHAGAS DA SILVA, portador do CPF: 779.458.084-68, faz parte do nosso quadro funcional exercendo a função de trabalhador rural, admitido em 14/02/2022, com a seguinte carga horaria:

Escala 7:00 as 11:00\_ 12:00 às 17:00 , sábado até as 11:00;

Folga: Domingos

  
\_\_\_\_\_  
Agro-Rub Agropecuária Ltda.  
Atenciosamente;



**AGRO-RUB AGROPECUÁRIA LTDA**  
CNPJ.: 04.094.192/0001-01  
RODOVIA GO-434, KM 23,5, ZONA RURAL, RUBIATABA-GO  
FONE: (62) 3325-6000



MESSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registram, em nossas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes documentos à disposição do trabalhador, fazendo as vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de honestidade e de residência, para citar algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la com atenção e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 68747  
Sinal 000000

ASSINATURA DO PORTADOR

8

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Francisco Chagas da Silva  
 Loc. Nasc. Santa Cruz  
 Est. Paraná Data 09.10.1944  
 Filiação Francisco Rodrigues da Silva e Luíza Rita de Fátima  
 Est. Civil solteiro Doc. Nº 2.564  
 Fl. 095 Liv. 114 Reg. Civil 1944  
 Outro doc. ....  
 Situação Militar: Doc. P.T.I. - est. militar  
 Nº 30-2015 Órgão 21ª. C.A.P.S. Est. PR  
 Naturalizado Dec. Nº ..... Em .....  
 Estrangeiros  
 Chegada ao Brasil em .....  
 Doc. Idem. Nº ..... Exp. em .....  
 Estado .....  
 Obs .....  
 Data Emissão 27.10.1949 DRT PR

Assinatura do Funcionário

9

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. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Pedrao Kassi Tomassago  
 CGC/ME/CEI 2115100015/83  
 Rua Bancalana Nº 45  
 Municipio Guabi Est. S. Paulo  
 Esp. do estabelecimento Agriculta  
 Cargo Assessor Glacius  
 CBO nº .....  
 Data admissao 4 de Dezembro de 1989  
 Registro nº 08 Fls/Ficha 2.0  
 Remuneracao especificada ACR 799,18 + 8%  
(Centenas e cinquenta e  
um reais e noventa e oito  
centavos)  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saida 3 de Dezembro de 1989  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador ROBERTO LECA DE ANDRESSA COELHO  
 CGC/ME/CF 002.909.228-38  
 Rua Bancalana Nº 122  
 Municipio EMRU Est. S. D. PAULO  
 Esp. do estabelecimento RESIDENCIA  
 Cargo EMPREGADO DOMESTICO  
 CBO nº .....  
 Data admissao 9 de DEZEMBRO de 1989  
 Registro nº ..... Fls/Ficha .....  
 Remuneracao especificada ACR 778,18  
(Setecentos e setenta e oito  
centavos noventa e oito  
centavos)  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saida 31 de outubro de 1989  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Construtora Ltda  
 CGC/ME 750  
 Rua Osorio Nº 301  
 Municipio Osorio Est. SP  
 Esp. do estabelecimento Construcao Civil  
 Cargo SERVENTE  
 CBO nº 99920  
 Data admissao 27 de Maio de 1992  
 Registro nº 071031 Fls/Ficha .....  
 Remuneracao especificada R\$ 1.750,00 7/11  
UMA MIL SETECENTOS  
E NOVENTA CRUZADOS  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saida 10 de Maio de 1992  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

08 821 173/0006-87

Empregador Dinâmica Engenharia Ltda  
 Aareparto Internacional de Brasília  
 CGC/ME Sector de Apoio Oper 32124  
 Rua Cap 71 000 Nº .....  
 Municipio Brasilia Est. DF  
 Esp. do estabelecimento CONS. CIVIL  
 Cargo SERVANTE  
 CBO nº .....  
 Data admissao 13 de Novembro de 1992  
 Registro nº 0324 Fls/Ficha .....  
 Remuneracao especificada R\$ 4.165,00  
QUATRO MIL E SESSENTA E CINCO  
CENTAVOS  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saida 13 de Maio de 1993  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

15

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: JOSE CARLOS BLOIS-  
LEAL OLIVEIRA

COC/ME: CPF 011.574.848-24 Nº 897

Rua: BELA VISTA Est. S. PAULO

Município: EMSU

Esp. do estabelecimento: RESIDENCIA

Cargo: EMPREGADO DOMESTICO

C.B.O. nº: de 19.91

Data admissão: 18 de MARÇO

Registro nº: Fls/Ficha

Remuneração especificada: R\$ 17.000,00 (sete mil e setecentos)

Ass. do empregador ou a rogo c/tes: [Assinatura]

1º: [Assinatura] 2º: [Assinatura]

Data saída: 31 de Agosto de 1991

Ass. do empregador ou a rogo c/tes: [Assinatura]

1º: [Assinatura] 2º: [Assinatura]

Com. Dispensa CD Nº: [Assinatura]

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: CARLOS FASSINI

COC/ME: 1068-72 Nº 132-28

Rua: [Assinatura] Est. SÃO PAULO

Município: [Assinatura]

Esp. do estabelecimento: RESIDENCIA

Cargo: [Assinatura] DOMESTICO

C.B.O. nº: de 19.90

Data admissão: de NOVENEMBRO

Registro nº: Fls/Ficha

Remuneração especificada: R\$ 8329,55

Ass. do empregador ou a rogo c/tes: [Assinatura]

1º: [Assinatura] 2º: [Assinatura]

Data saída: de [Assinatura] de 19...

Ass. do empregador ou a rogo c/tes: [Assinatura]

1º: [Assinatura] 2º: [Assinatura]

Com. Dispensa CD Nº: [Assinatura]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....  
 MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS E COMÉRCIO  
 CGC/MF..... 32/0001-00  
 Rua..... N.º.....  
 Município..... Est. CONSTITUÍDO CIVIL  
 Esp. do estabelecimento.....  
 Cargo.....  
 C.B.O. n.º 9.997D  
 Data admissão 22 de Junho de 19. 93  
 Registro n.º..... Fls./Ficha 287  
 Remuneração especificada R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por mês  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Data saída 31 de Maio de 19. 98  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Com. Dispensa CD N.º.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....  
 Benedita Helena Peluci  
 Laraxio  
 CGC/MF..... CEI 212.740.051/08  
 Rua Rua São Santa Cruz N.º.....  
 Município Lourinha Est. São Paulo  
 Esp. do estabelecimento.....  
 Cargo Trabalhadora Rural - Terceira Grau C.B.O. n.º.....  
 Data admissão 23 de novembro de 2009  
 Registro n.º..... Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada R\$ 510,00 (quinhentos e dez reais) por mês  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Data saída 31 de dezembro de 10. 2010  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Com. Dispensa CD N.º.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....  
 CGC/MF.....  
 Rua..... N.º.....  
 Município..... Est.....  
 Esp. do estabelecimento.....  
 Cargo.....  
 C.B.O. n.º.....  
 Data admissão..... de 19.....  
 Registro n.º..... Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Data saída..... de..... de 19.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Com. Dispensa CD N.º.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....  
 CGC/MF.....  
 Rua..... N.º.....  
 Município..... Est.....  
 Esp. do estabelecimento.....  
 Cargo.....  
 C.B.O. n.º.....  
 Data admissão..... de 19.....  
 Registro n.º..... Fls./Ficha.....  
 Remuneração especificada.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Data saída..... de..... de 19.....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1.º..... 2.º.....  
 Com. Dispensa CD N.º.....

UTILIZANDO PARA NOVOS CONTRATOS  
 (Assinatura / Campo do Emprego)  
 CIVIL

UTILIZANDO PARA NOVOS CONTRATOS  
 (Assinatura / Campo do Emprego)  
 CIVIL

22		CONTRIBUIÇÃO	
Contribuição de Czs	A favor de	23	
27.115,76	SITCM B	Ano	SINDICAL
		1998	Assinatura do Empregador
			Dinamica Engenharia Ltda
			<i>[Signature]</i>

ALTERAÇÕES DE SALARIO

Aumentado em ..... Para Cs ..... 21.875,00  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador  
 Dinâmica Engenharia Ltda.

Aumentado em ..... Para Cs ..... 11.922,09 P/H  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para Cs .....  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para Cs ..... 11.416,29 P/H  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador  
 Dinâmica Engenharia Ltda.

ALTERAÇÕES DE SALARIO

Aumentado em ..... Para Cs ..... 11.112,25 P/H  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para Cs ..... 11.845,86 P/H  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para Cs .....  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para Cs ..... 12.807,53 P/H  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

Aumentado em ..... Para Cs ..... 10.924,80  
 Na função de ..... A .....  
 C.B.O. .... por motivo de .....  
 .....  
 Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/04/10 Para C3 500,00 em

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

X Assinatura do empregador

Aumentado em 01/10/10 Para C3 500,00 em

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

X Assinatura do empregador

Aumentado em 1/1/11 Para C3

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

Assinatura do empregador

Aumentado em 1/1/11 Para C3

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 1/1/11 Para C3

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

Assinatura do empregador

Aumentado em 1/1/11 Para C3

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

Assinatura do empregador

Aumentado em 1/1/11 Para C3

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

Assinatura do empregador

Aumentado em 1/1/11 Para C3

Na função de SECRETARIO por motivo de AVANÇO

C.B.O. 3010108

Assinatura do empregador

34

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 2009 a 2010  
de 2009 a 2010  
de 2009 a 2010  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

35

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... a .....  
Assinatura do empregador



36

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... a ..... / .....  
Assinatura do empregador .....

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... a ..... / .....  
Assinatura do empregador .....

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... a ..... / .....  
Assinatura do empregador .....

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... a ..... / .....  
Assinatura do empregador .....

Gozou férias relativas ao período de .....  
de ..... / ..... a ..... / .....  
Assinatura do empregador .....

37

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
(LEI N.º 5.107/86 REGULAMENTADA PELO DEC. N.º 59.830/86)

OPÇÃO

RETRAIÇÃO

04 / 12 / 89  
Dia Mês Ano

Banco depositário ..... Bradesco S/A

Agência ..... Curitiba

Para ..... Estado S. Paulo

Empresa ..... Rodria Kaper Tomaraga

q. Pedido para levantamento  
Cartão e assinatura do empregador

27, 08, 92  
Dia Mês Ano

RETRAIÇÃO

Banco depositário ..... Bradesco

Agência ..... N.º 1 & CENTRAL

Para ..... Estado SP

Empresa ..... Rodria Kaper

Cartão e assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
(LEI Nº 5.107/86 REGULAMENTADA PELO DEC. Nº 59.820/86)

OPÇÃO ..... RETRAÇÃO  
Dia 13 / Mês 11 / Ano 92 Dia / Mês / Ano

Banco depositário C.E.F.

Agência M. BANDEIRANTE

Praca 9042114 Estado DF

Empresa Dinâmica Engenharia Ltda.

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO ..... RETRAÇÃO  
Dia 22 / Mês 06 / Ano 93 Dia / Mês / Ano

Banco depositário

Agência

Praca Multiplo S/A. CONDOMINIO DE SERVICIO

Empresa

Carimbo e assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço  
(LEI Nº 5.107/86 REGULAMENTADA PELO DEC. Nº 59.820/86)

OPÇÃO ..... RETRAÇÃO  
Dia 23 / Mês 11 / Ano 09 Dia / Mês / Ano

Banco depositário C.E.F.

Agência Curitiba

Praca Lourenço Estado São Paulo

Empresa Benedita Helena / Coraio

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO ..... RETRAÇÃO  
Dia / Mês / Ano Dia / Mês / Ano

Banco depositário

Agência

Praca

Empresa

Carimbo e assinatura do empregador

ANOTAÇÕES GERAIS

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

30 de maio de 1992  
DINÂMICA Engenharia Ltda.  
AUTORA LTDA.  
do 18

29 de maio de 1992

José Loureiro

ANOTAÇÕES GERAIS

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

O presente da presente foi admitido...  
caráter experimental de 30 dias...  
do...  
p...  
p...  
da...  
de...  
de...  
de...

Dinâmica Engenharia Ltda.

Folha assinada, a favor da S.I.N.D. Ind. M.M.

Comp. de Mobilidade de Brasília

Engenharia de Brasília

Dinâmica Engenharia Ltda.



60

PARA USO DO INPS

DESEMPREGO OU AFASTAMENTO DA ATIVIDADE - CONSERVAÇÃO DA QUALIDADE DE SEGURADO

REGISTRO DAS SITUAÇÕES 55/94

Cyrcado

050293	E/N/D	648849801
2120000	SIM	19/12/93
041093	SIM	31/28403
030294	SIM	

Limite: 00/11/94

DCI 28/06/94  
 12/01/98

DCI 28/06/94  
 12/01/98

61

PARA USO DO INPS

DESEMPREGO OU AFASTAMENTO DA ATIVIDADE - CONSERVAÇÃO DA QUALIDADE DE SEGURADO

REGISTRO DAS SITUAÇÕES

Volkan 24.03.94

Dolhan via 020694

Volkan via 15.08.94

Volkan 15.12.94

Volkan 15.12.94

Alta 01-05-98

62

PRESTAÇÕES  
REGISTRO DAS PRESTAÇÕES

PARA USO DO INPS

63

PRESTAÇÕES  
REGISTRO DAS PRESTAÇÕES

21.026.050 - APOSELHADO INPS

ESP. N.E. 50080070.

15/05/01

16 OUT 2002

DIB 16/10/02

AGILIZO DOENÇA

21006020 1281851911

1- 140103

DEC 27/05/03



# Carteira de Trabalho Digital

## Dados Pessoais

Data de emissão: **28/06/2021**

Nome Civil: **FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**  
CPF: **779.458.084-68**  
Data de Nascimento: **07/07/1964**  
Sexo: **Masculino**  
Nacionalidade: **Brasileiro**  
Nome da Mãe: **GERALDA RITA DA CONCEICAO**

---

## Contratos de Trabalho

- 14/02/2022 - Aberto

**AGRO-RUB AGROPECUARIA LTDA**

**CNPJ RAIZ: 4094192**

Endereço: **ROD GO 434 S/N KM 23,5**

Ocupação **622110 - TRABALHADOR DA CULTURA DE CANA-DE-ACUCAR**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 1.369,14**

Remuneração inicial: **R\$ 1.666,10**

Última remuneração informada: **R\$ 2.332,03** (12/2022)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

### **Anotações:**

14/02/2022 - Admissão

01/04/2022 - Salário alterado para R\$ 1.300,72

01/06/2022 - Salário alterado para R\$ 1.369,14

01/04/2022 - Tipo de contrato alterado para Prazo determinado, definido em dias

02/12/2022 - Tipo de contrato alterado para Prazo indeterminado

**Observações:** -

---



# Carteira de Trabalho Digital

● 20/01/2021 - 05/04/2021

**VITORIA PRESTACAO DE SERVICOS DE DEPOSITOS PARA TERCEIROS LTDA**

**CNPJ RAIZ: 4582083**

Endereço: **ROD BR-060 S/N CHACARA 23 MD 1 SL 5**

Ocupação **514320 - FAXINEIRO**

Tipo de contrato: **Prazo indeterminado**

Tipo de admissão: **Admissão**

Salário contratual: **R\$ 1.100,00**

Remuneração inicial: **R\$ 1.059,67**

Última remuneração informada: **R\$ 183,33** (04/2021)

Relação de trabalho: **Empregado**

Fonte da informação: **ESOCIAL**

**Anotações:**

20/01/2021 - Admissão

05/04/2021 - Rescisão Contratual

**Observações:** -



4.071.707

**FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA  
GERALDA RITA DA CONCEIÇÃO

SOUSA / PB

07/07/1964

C.NASC. 073387.01.55.1979.1.00004.295.0002501.41 (02/08/2018)

TRIUNFO - PB

779.458.084-68

72325335

Assinado eletronicamente por S. Junior

ASSINATURA DO DIRETOR

NH 05

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL

DPF - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Impressão Digital



FELIPE WILSON COELHO DOS SANTOS SILVA

IDENTIFICAÇÃO

Despacho (298257064)

Enviado em 06/03/2023 16:37

Unidade: 23150520 - DIVISÃO DE GERENCIAMENTO DAS CENTRAIS DE ANÁLISE

1491235735 - Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)

---

Transferência à 23150521 - SERVIÇO DE CENTRALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE RECONHECIMENTO DE DIREITOS para prosseguimento da análise.



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

08/03/2023 08:45:03

**Identificação do Filiado**

**Nit:** 1.395.870.410-6      **CPF:** 779.458.084-68      **Nome:** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA  
**Data de Nascimento:** 07/07/1964      **Nome da Mãe:** GERALDA RITA DA CONCEICAO

**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	1.229.295.897-1	648849821	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	Não Informado		19/12/1993	30/04/1998		
2	1.229.295.897-1	5040488293	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	Não Informado		15/10/2002	16/12/2002		
3	1.395.870.410-6	04.582.083	VITORIA PRESTACAO DE SERVICOS DE DEPOSITOS PARA TERCEIROS LTDA	Empregado	0001-000020	20/01/2021	05/04/2021	04/2021	IREM-INDPEND
4	1.395.870.410-6	04.094.192	AGRO-RUB AGROPECUARIA LTDA	Empregado	0002.000013833	14/02/2022		01/2023	IREM-INDPEND
5	1.395.870.410-6	1845104185	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	Não Informado					

**Legenda de Indicadores**

Indicador	Descrição	Indicador	Descrição
IREM-INDPEND	Remunerações com indicadores/pendências		

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.

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais

Extrato Previdenciário - CNIS Extrato

08/03/2023 08:44:49

Identificação do Filiado

Nit: 1.395.870.410-6 Nome: FRANCISCO CHAGAS DA SILVA  
Data de Nascimento: 07/07/1964 Nome da Mãe: GERALDA RITA DA CONCEICAO  
Cpf: 779.458.084-68

Detalhes do Vínculo

Empregador: AGRO-RUB AGROPECUARIA LTDA  
Código Empregador: 04.094.192  
Data de Admissão: 14/02/2022 Data de Rescisão:  
Tipo de Filiado no Vínculo: Empregado  
NIT: 1395870410  
Matrícula do Trabalhador: 0002.000013833

Remunerações

Fonte	Competência	Remuneração	Indicadores
eSOCIAL	02/2022	723,11	PSC-MEN-SM-EC103
eSOCIAL	03/2022	1.666,10	
eSOCIAL	04/2022	1.658,24	
eSOCIAL	05/2022	1.930,53	
eSOCIAL	06/2022	1.902,35	
eSOCIAL	07/2022	2.099,69	
eSOCIAL	08/2022	2.103,92	
eSOCIAL	09/2022	2.103,35	
eSOCIAL	10/2022	2.237,74	
eSOCIAL	11/2022	2.527,18	
eSOCIAL	12/2022	2.332,03	
eSOCIAL	01/2023	2.391,26	

Legendas

Pendências

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.



**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**COMUNICAÇÃO DE DECISÃO**

**NIT:** 13958704106  
**Número do Benefício:** 6403435756 **Espécie:** 31 **2ª VIA**  
**Número do Requerimento:** 216247695  
**Ao Sr.(a):** FRANCISCO CHAGAS DA SILVA  
**Endereço:** ROD BR 060, S N CH 23, RECANTO DAS EMAS  
**CEP:** 72668000 **Município:** BRASILIA **UF:** DF  
**Assunto:** Pedido de Auxílio - Doença  
**Decisão:** Indeferimento do Pedido  
**Motivo:** Não Afastamento da(s) Atividade(s)

**Fundamentação Legal:** Art. 40 da Lei nº 9.784, de 29/01/1999, que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal.

Em atenção ao requerimento de Auxílio - Doença, efetuado em 19/08/2022, a Previdência Social comunica que não foi reconhecido o direito ao benefício, considerando que não foi comprovado o afastamento da(s) atividade(s). Caso discorde dessa decisão, o Senhor poderá apresentar recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do recebimento desta comunicação, observado o disposto nos art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99. A apresentação do Recurso poderá ser solicitada pelo portal do Meu INSS (meu.inss.gov.br) ou pela Central 135.

Data: 10 de janeiro de 2023

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**

**Agência da Previdência Social:** URUACU **Endereço:** AV TRANSBRASILIANA 142, SETOR CENTRAL  
**CEP:** 76400000 **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 10 de janeiro de 2023

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente / Representante Legal

Despacho (298573192)

Enviado em 08/03/2023 09:03

Unidade: 23150521 - SERVIÇO DE CENTRALIZAÇÃO DA ANÁLISE DE RECONHECIMENTO DE DIREITOS  
1491235735 - Auxílio-Doença - Urbano (Acerto Pós-perícia) (Tarefa principal)

---

PENDÊNCIA TRATADA.BENEFÍCIO 6403435756 INDEFERIDO POR NÃO AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS, CONFORME CNIS E DECLARAÇÃO DE NÃO AFASTAMENTO FEITA NO REQUERIMENTO, CONFORME LEGISLAÇÃO PERTINENTE DO BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, SOMENTE TEM DIREITO AO BENEFÍCIO O SEGURADO QUE SE AFASTA DAS ATIVIDADES LABORAIS DURANTE A INCAPACIDADE PARA O TRABALHO. CARTA DE INDEFERIMENTO EM ANEXO.

--

Fabício Ferreira Arantes Técnico do Seguro Social Gerente de agência 08.021.250 - APS Piracanjuba GEX Anápolis  
- GO



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social  
GET - Gerenciador de Tarefas  
Informações da Tarefa

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1867174894

Data de entrada: 05/05/2023 - Central de Serviços -

#### Dados Básicos

<b>Serviço</b> Auxílio por incapacidade temporária - Análise Documental - AIT	<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> 05/05/2023 13:32	<b>Canal de atendimento</b> Central de Serviços - Internet
	<b>Última atualização</b> 19/07/2023 20:02	

#### Endereço para atendimento:

A tarefa não possui endereço para atendimento externo.

#### Campos adicionais:

Campo	Valor
NB	643.626.756-9
NR	220718346
Foi acidente de trabalho?	Não
No documento médico (atestado, laudo ou relatório médico) possui o nome completo do requerente?	Sim
O documento médico a ser analisado (atestado, laudo ou relatório médico) possui data de emissão?	Sim
Data da emissão do documento médico (atestado, laudo ou relatório médico)	26/04/2023
O documento médico a ser analisado (atestado, laudo ou relatório médico) possui carimbo e identificação legíveis do profissional emitente?	Sim
CRM/CRO/RMS	29301
O documento médico a ser analisado (atestado, laudo ou relatório médico) está assinado pelo profissional que emitiu?	Sim
O documento médico a ser analisado (atestado, laudo ou relatório médico) informa o CID ou doença?	Sim
O documento médico a ser analisado (atestado, laudo ou relatório médico) informa o início do repouso?	Sim
Data do início do repouso	26/04/2023
Categoria do Trabalhador	Empregado
CNPJ do Empregador	04094192/000284
DUT	25/04/2023

#### Interessados

CPF	Nome Completo	Data Nascimento	Nome Completo da Mãe
779.458.084-68	FRANCISCO CHAGAS DA SILVA	07/07/1964	GERALDA RITA DA CONCEICAO

#### 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?
363058447	img20230505_13102714.pdf	Documento médico (atestado, laudo ou relatório médico)	338,08kB	779.458.084-68 - 05/05/2023 13:32	Não
1867174894	- Auxílio por incapacidade temporária - Análise Documental - AIT (Tarefa principal)				
363058445	CPF FRANCISCO CHAGAS.pdf	Documento de identidade	91,88kB	779.458.084-68 - 05/05/2023 13:32	Não
1867174894	- Auxílio por incapacidade temporária - Análise Documental - AIT (Tarefa principal)				
363058446	Identidde.pdf	Documento de identidade	275,06kB	779.458.084-68 - 05/05/2023 13:32	Não
1867174894	- Auxílio por incapacidade temporária - Análise Documental - AIT (Tarefa principal)				





Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 240416ONBJO014

MINISTÉRIO DA FAZENDA



**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

Página 3 de 7

Anexo ID: 363058445



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**779.458.084-68**

Nome

**FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**

Nascimento

**07/07/1964**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 DISTRITO FEDERAL  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 POLÍCIA CIVIL  
 DPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Francisco Chagas da Silva

*Francisco Chagas da Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

Instituto Civil de Registro de Id.

Recomenda-se Não plastificar

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.071.707 DATA DE EMISSÃO 29/08/2018

NOME **FRANCISCO CHAGAS DA SILVA**

PRENOME **FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA**  
**GERALDA RITA DA CONCEIÇÃO**

DATA DE NASCIMENTO **07/07/1964**

LOCAL DE NASCIMENTO **SOUSA / PB**

C.NASC. 073387.01.55.1979.1.00004.295.0002501.41 (02/08/2018)

TRINFO - PB

CPF **779.458.084-68**

72325335

*[Assinatura]*  
 Assinado eletronicamente por A. Júnior  
 ASSINATURA DO DIRETOR

NH 05

**LEI Nº 7.116 DE 29/08/83**

Instituto Civil de Registro de Id.

## ORIENTAÇÕES

### CIDADÃO

FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

CNS: 700807929530881

58 anos e 9 meses no dia deste atendimento

### ORIENTAÇÕES

#### RELATÓRIO MÉDICO:

PACIENTE DE 58 ANOS COM LOMBALGIA CRÔNICA. AVALIADO POR ORTOPEDISTA E NEUROLOGISTA, COM DIAGNÓSTICO DE PEQUENOS OSTEÓFITOS, PROTRUSÃO POSTERIOR L4/L5 COM LEVE COMPRESSÃO DO SACO DURAL, PROTRUSÃO DISCAL CENTRAL L5/S1. SOLICITO AFASTAMENTO DE ATIVIDADES POR 15 DIAS  
CID.10: M545

*Dr<sup>a</sup> Debora V. Jacinto*  
Médica  
CRM-GO 29301

Debora Vieira Jacinto - CRM - GO 29301  
MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA  
Urucu - GO 26 de abril de 2023

Despacho (324975276)

Enviado em 05/07/2023 17:00

Unidade: 080214 - SEÇÃO DE ANÁLISE DE RECONHECIMENTO DE DIREITOS

1867174894 - Auxílio por incapacidade temporária - Análise Documental - AIT (Tarefa principal)

---

TRANSFERIDA PRO OL DO REPOSITÓRIO DA CEAB RD SRNCO PARA DEMAIS TRATAMENTOS. --

CAROLINE DE ALMEIDA SOARES Matr. 2354966 Técnico do Seguro Social Chefe de Seção de Análise de Reconhecimento de Direitos Gerência Executiva de Anápolis - SRNCO

Despacho (327649876)

Enviado em 19/07/2023 20:02

Unidade: 01001 - PRESIDÊNCIA

1867174894 - Auxílio por incapacidade temporária - Análise Documental - AIT (Tarefa principal)

---

Prezado(a) Sr.(a),

Em atenção ao requerimento de Auxílio por Incapacidade Temporária - Análise Documental efetuado em 05/05/2023 sob número 6436267569, comunicamos que não foi possível a concessão do benefício pela perícia médica a distância pelo motivo Não preenchimentos dos requisitos mínimos exigidos para a concessão do benefício.

Desta forma foi gerado automaticamente novo benefício sob número 6443405718.

Assim, para dar continuidade a análise deste pedido, o Sr. (a) poderá fazer o agendamento da Perícia Presencial Por Não Conformação da Documentação Médica através do Meu INSS ou Central 135, informando o novo número de benefício.

Para que seja mantida a data de entrada do pedido, o agendamento Perícia Presencial Por Não Conformação da Documentação Médica deverá ser feito dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de 28/06/2023 data em que foi concluída a análise dos documentos médicos apresentados/anexados ao pedido pela Perícia Médica a distância.

Você pode agendar a sua perícia de duas maneiras:

\*Central de Atendimento 135 (telefone): solicitando agendamento do serviço Perícia Presencial por Não Conformação da Documentação Médica, de segunda a sábado das 7h às 22h (horário de Brasília).

\*Meu INSS (aplicativo de celular ou site de internet), clicando no botão Pedir Benefício por Incapacidade e escolhendo o serviço Perícia Presencial Por Não Conformação da Documentação Médica.

Caso não seja feito o agendamento da Perícia Presencial por Não Conformação da Documentação Médica dentro do prazo estipulado, o pedido será concluído por desistência.

Fundamentação Legal: Parágrafo 14 do Art. 60 da Lei número 8.213/91; Art. 5 (quinto) da Portaria Conjunta MTP/INSS número 07 de 28 de Julho de 2022.