

MEDICINA

CNPJ RAIZ: 61.699.567

DETALHES	ANOTAÇÕES	OBSERVAÇÕES
----------	-----------	-------------

~~ROA JUVENAL DE CARVALHO 000~~

SALA, 102 - FATIMA

CEP: 60050-220

FORTALEZA/CE

Cargo

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CBO Cargo

4110-05

Tipo de contrato

Prazo indeterminado

Salário contratual

R\$ 1.352,11 Por mês

Relação de Trabalho

Empregado

Tipo de Admissão

Admissão



PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1327793148

Data de Entrada do Requerimento: 04/06/2026 16:32 - Central de Serviços - Internet

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente

DAYANE GOMES BERNARDO

Serviço

Benefício por Incapacidade

Unidade de Protocolo



05001210 - AGÊNCIA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL
MARACANAÚ

Protocolo realizado em

 **04 JUN**
QUINTA-FEIRA
2026

Dados do Requerente

CPF: 056.118.103-90

Nascimento: 23/04/1993

Mãe: MARIA EDINEUSA GOMES DE SOUSA

E-mail: dayanebernardo707@gmail.com

Telefone: (85) 99237-8123

Whatsapp:(85) 9923-78123

Requerente aceita acompanhar o andamento do processo pelo Meu INSS, Central 135 ou e-mail: SIM
Requerente aceita receber notificações pelo WhatsApp: SIM

Sobre o Solicitante

Você se identifica como: a) Titular/requerente do benefício ou serviço

Sobre o Titular

Tipo de Incapacidade: Temporária (Auxílio por Incapacidade Temporária)

A pessoa estava presa em regime fechado na data da incapacidade?: Não

Tipo do Empregador: Pessoa Jurídica

Recebe salário-família?: Não

Data de início dos sintomas: 31/10/2025

Estou ciente que durante a análise será avaliado o tipo de incapacidade devida.: Ciente

Categoria do trabalhador na data do afastamento: Empregado

CNPJ do Empregador: 61.699.567/0001-92

A pessoa ficou sem trabalhar a partir da data do afastamento do trabalho ou da atividade habitual?: Sim

Descreva os sintomas: Paciente: Nayron Edmilson Bernardo Gomes, 11 anos. Diagnósticos: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH (CID 6A05) e Deficiência Intelectual Leve (CID 6A00.0), conforme laudo da Dra. Adelina Feitosa – Neurologista Infantil,

CRM 13997 / RQE 12014. Apresenta comportamento impulsivo, agitado e agressivo quando frustrado ou irritado; agride colegas e adultos. Tem seletividade alimentar grave, recusa alimentos e líquidos diferentes dos que consome em casa. Cognição reduzida, dificuldade de aprendizado e desempenho escolar muito abaixo do esperado para a idade. Quadro de ansiedade muito relevante, que compromete toda a sua qualidade de vida. Iniciou tratamento com Sertralina recentemente; na fase de adaptação, está muito mais instável emocionalmente, confuso, sem noção de perigo. NÃO PODE FICAR SOZINHO EM HIPÓTESE ALGUMA, necessita de acompanhamento integral 24h por dia. Precisa de atendimento psicológico, terapia ocupacional e acompanhamento no CAPS Infantil todas as semanas. Eu, Dayane Gomes Bernardo, sou sua mãe e única responsável legal. Não tenho ninguém para deixá-lo, não tenho condições de trabalhar fora, pois minha presença é indispensável para sua segurança e saúde.

Sobre o Documento Médico

Ciente de que é necessário apresentar o documento médico e de identidade com foto para que o pedido seja concluído.: Sim

Informações Adicionais

Caso o benefício seja concedido e seja preciso mais tempo de afastamento, poderá ser solicitada a prorrogação do benefício. O pedido pode ser feito a partir de 15 (quinze) dias antes da data prevista para a cessação do benefício (DCB) até a própria data de cessação.

Para acompanhar o pedido:

1. Aplicativo / Site Meu INSS:

- Entre no Meu INSS
- Informe seu CPF e senha
- Siga para Do que você precisa?
- Digite: Consultar Pedidos
- Escolha o pedido e
- Avance conforme as orientações

2. Telefone 135:

Atendimento de segunda a sábado, das 7h às 22h.

Declaro que:

As informações que apresentei no pedido são verdadeiras e sei que elas serão usadas para a análise. Também sei que precisarei devolver os valores do benefício caso os receba de forma indevida.

Estou ciente das penas previstas nos artigos 171 e 299 do [Código Penal](#).



Você pode conferir a autenticidade do documento em <https://meu.inss.gov.br/#/autenticidade> com o código 260611G6Z7NQ33



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 160.14047.09-4

CPF: 056.118.103-90

Número do Benefício: 731.602.232-0

Espécie: 31

Ao Sr. (a): DAYANE GOMES BERNARDO

Assunto: BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

Decisão: NEGADO

Motivo: Não constatação de Incapacidade Laborativa

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

O Auxílio por Incapacidade Temporária foi negado, pois a perícia médica concluiu pelo não reconhecimento de incapacidade para o trabalho ou para a atividade habitual.

Se não concordar com a decisão, é possível entrar com Recurso, em até 30 dias, contados da ciência dessa decisão. Para isso, acesse o Meu INSS ou ligue para a Central 135.

Para ter direito ao benefício, é necessário:

1. Comprovar incapacidade para o trabalho ou atividade habitual por mais de 15 dias, por meio de perícia médica realizada pelo INSS.

2. Estar filiado ao INSS como segurado obrigatório ou facultativo.

3. Ter, no mínimo, 12 contribuições mensais.

Não é exigida carência nos casos de:

- acidente de qualquer natureza
- doença profissional ou do trabalho
- doenças isentas de carência previstas em lei

4. Apresentar:

- Documento de identificação válido com foto
- Documentação médica ou odontológica legível e sem rasuras, com:
 - Identificação do paciente
 - Data de emissão
 - Diagnóstico ou código da Classificação Internacional de Doenças (CID)
 - Assinatura do profissional, que poderá ser eletrônica e passível de validação
 - Identificação do profissional com nome e registro no CRM, CRO ou RMS, ou carimbo.

Data: 15 de junho de 2026.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma linha horizontal abaixo dela.

Ana Cristina Viana Silveira

Presidente do INSS

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 15 de Junho de 2026.



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 260615X8BQQ35OL022OZ70

← SPDM - ASSOCIACAO
PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA
MEDICINA

CNPJ RAIZ: 61.699.567

DETALHES

ANOTAÇÕES

OBSERVAÇÕES

ROA JOVENAL DE CARVALHO 003
SALA, 102 - FATIMA
CEP: 60050-220
FORTALEZA/CE

Cargo

AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CBO Cargo

4110-05

Tipo de contrato

Prazo indeterminado

Salário contratual

R\$ 1.352,11 Por mês

Relação de Trabalho

Empregado

Tipo de Admissão

Admissão

Fonte da informação

ESOCIAL



← Seu empréstimo

P

Nº do contrato: 202001023759904

Referente ao seu vínculo de trabalho com
SPDM - ASSOCIACAO PAULISTA PARA O
DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA

Atualizado em 18 de junho de 2026 às 09:46

Valor do empréstimo

R\$ 5.086,05

Valor liberado

R\$ 4.938,93

Pagamentos

36x de R\$ 241,00

Valor total a ser pago

R\$ 8.676,00

Taxa de juros

2,85% ao mês

Custo efetivo total (CET)

3,02% ao mês

Quantidade de parcelas pagas

3

Situação

Ativo

Vigência do contrato

02/01/2026 a 26/02/2029

Início desconto

FEV 2026

Fim desconto

JAN 2029

**SOLICITAR
PORTABILIDADE**



Contrato
de Emprést
imo

