



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO TOCANTINS  
TERCEIRA VARA – JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

**PORTARIA CONJUNTA Nº. 02/2016**

**Palmas/TO, 15 de junho de 2016.**

Os Juízes Federais da 3ª Vara Federal da SJTO, Dr. **DIOGO SOUZA SANTA CECÍLIA** e Dr. **CRISTIANO MAURO DA SILVA**, no uso de suas atribuições legais, juntamente com o **Procurador-Chefe da Procuradoria Federal no Tocantins**;

CONSIDERANDO:

a) os princípios regentes dos Juizados Especiais Federais, especialmente os da simplicidade das formas, economia processual, celeridade e inexistência de nulidades sem prejuízo correlato;

**R E S O L V E M:**

**Art. 1º** - Estabelecer os quesitos formulados pelo Juízo e pela Procuradoria Federal Especializada/INSS aos peritos assistentes sociais designados nos processos em trâmite na 3ª Vara Federal da SJTO, relativo às Ações que envolvam a concessão de benefício de prestação continuada - LOAS, conforme Anexo I desta Portaria.

**Art. 2º**- Esta Portaria entra em vigor nesta data.

Publique-se. Registre-se. Cumpra-se.

**DIOGO SOUZA SANTA CECÍLIA**  
Juiz Federal

**CRISTIANO MAURO DA SILVA**  
Juiz Federal Substituto

**EDUARDO PRADO DOS SANTOS**  
Procurador-Chefe da Procuradoria Federal no Tocantins



PODER JUDICIÁRIO  
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRO GRAU  
SEÇÃO JUDICIÁRIA DO TOCANTINS  
TERCEIRA VARA – JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

PERÍCIA SÓCIO-ECONÔMICA - QUESITOS UNIFICADOS – Anexo I, Portaria Conjunta n. 02/2016

**PROCESSO Nº**

**1) QUALIFICAÇÃO**

1.1) NOME DA PARTE REQUERENTE DO BENEFÍCIO: \_\_\_\_\_

1.2) DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO: \_\_\_\_\_

1.3) DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

1.4) DECLARAR O ENDEREÇO COMPLETO EM QUE FOI REALIZADA A PERÍCIA:

**2) MEMBROS QUE COMPÕEM A ENTIDADE FAMILIAR (residentes sob o mesmo teto):**

	Data Nascimento	Grau de Parentesco	Renda <b>bruta</b> de qualquer natureza (local de emprego)*	Benefício Previdenciário**	
				Espécie	Valor
Nome: Nome da mãe: CPF-					
Nome: Nome da mãe: CPF-					
Nome: Nome da mãe: CPF-					
Nome: Nome da mãe: CPF-					
Nome: Nome da mãe: CPF-					

\* APRESENTAR DOCUMENTOS COMPROVANDO A RENDA, (se possível a comprovação documental). NA IMPOSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL, **INFORMAR A RENDA MÉDIA, AINDA QUE PROVENIENTE DE ATIVIDADE INFORMAL E OCASIONAL.**

\*\* PREENCHER SOMENTE SE ALGUM DOS MEMBROS JÁ RECEBE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO (DO REGIME GERAL DA PREVIDÊNCIA OU DO SERVIÇO PÚBLICO), INFORMANDO A ESPÉCIE E O VALOR DO BENEFÍCIO.

**3) SUBSISTÊNCIA DA PARTE REQUERENTE**

3.1) QUEM VEM ASSEGURANDO OS MEIOS DE SUBSISTÊNCIA DA PARTE REQUERENTE ATÉ O PRESENTE MOMENTO? Se terceiros que não residem sob o mesmo teto, informar nome completo, CPF, grau de parentesco e valor mensal do auxílio.

---

---

**4) PATRIMÔNIO**

4.1) O IMÓVEL ONDE RESIDE A PARTE REQUERENTE É PRÓPRIO, ALUGADO OU CEDIDO GRATUITAMENTE? Em sendo alugado ou cedido, informar o nome completo e CPF do proprietário.

---

4.2) QUAL O VALOR APROXIMADO DO IMÓVEL OU DO ALUGUEL?

---

4.3) DESCREVER O IMÓVEL ONDE RESIDE O AUTOR E OS BENS NELE CONTIDOS (especificar o material utilizado na construção – alvenaria, madeira – o número de cômodos, o estado de conservação, os eletrodomésticos e outros bens ou utensílios nele encontrados):

---

---

---

---

**OBS: ANEXAR O MÁXIMO DE FOTOGRAFIAS DESCRITIVAS DO IMÓVEL.**

4.4) CONTA COM SERVIÇOS DE ÁGUA, ESGOTO, TELEFONE, ENERGIA ELÉTRICA, TV A CABO E INTERNET? EM CASO POSITIVO, QUAL O VALOR DAS DESPESAS COM CADA ITEM?

---

---

---

4.5) HÁ VEÍCULOS, TELEFONES (FIXO OU CELULAR), ELETRODOMÉSTICOS E COMPUTADOR, ETC., NA RESIDÊNCIA DO REQUERENTE? A QUEM PERTENCEM (indagar se pertencem aos indivíduos que compõem o núcleo familiar).

---

---

---

**5) A PARTE AUTORA NECESSITA TOMAR MEDICAMENTOS CONSTANTEMENTE EM RAZÃO DE SUA DEFICIÊNCIA OU DOENÇA? OS MEDICAMENTOS SÃO COMPRADOS OU RETIRADOS NO POSTO DE SAÚDE? SE COMPRADOS, QUAL O GASTO MENSAL COM TAIS MEDICAMENTOS E POR QUAL MOTIVO NÃO SÃO OBTIDOS DO PODER PÚBLICO?**

---

---

---

5.1) ALGUM MEMBRO DO GRUPO FAMILIAR FAZ USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO? Em caso positivo, indique-os e informe o valor dos gastos mensais com os referidos remédios, esclarecendo, ainda, por qual motivo o familiar não obtém do Poder Público.

---

---

**6) Outros esclarecimentos que possa o (a) Sr (a). Perito (a) prestar para melhor elucidação da causa.**

---

---

---

---

LOCAL E DATA: \_\_\_\_\_.

**INFORMAÇÕES DO(A) ASSISTENTE SOCIAL:**

1-Nome: \_\_\_\_\_

2-Endereço e telefone: \_\_\_\_\_

3-Número do registro no órgão profissional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO:

**CÓDIGO PENAL - Falso testemunho ou falsa perícia**

Art. 342. Fazer afirmação falsa, ou negar ou calar a verdade como testemunha, perito, contador, tradutor ou intérprete em processo judicial, ou administrativo, inquérito policial, ou em juízo arbitral:

Pena - reclusão, de um a três anos, e multa.

§ 1º As penas aumentam-se de um sexto a um terço, se o crime é praticado mediante suborno ou se cometido com o fim de obter prova destinada a produzir efeito em processo penal, ou em processo civil em que for parte entidade da administração pública direta ou indireta.