

ANEXO I - REQUERIMENTO DO BENEFICIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTENCIA SOCIAL - BPC E COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF do Requerente: _____ Pessoa com Deficiência Pessoa Idosa

Nome do Requerente: _____ Data de Nasc: ____/____/____

Nome Social: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Endereço: _____ Email: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: (____) _____

Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União Estável ☐ Divorciado ☐ Separado de Fato ☐ Viúvo

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

☐ Vive em situação de rua.

☐ Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou hospital.

Nome da pessoa de contato/equipamento público ou entidade: _____

| | | |
|-----------|------------|-----|
| Endereço: | Município: | UF: |
|-----------|------------|-----|

| COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR | |
|------------------------------|-----|
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |
| 6 | 6 |
| 7 | 7 |
| 8 | 8 |
| 9 | 9 |
| 10 | 10 |
| 11 | 11 |
| 12 | 12 |
| 13 | 13 |
| 14 | 14 |
| 15 | 15 |
| 16 | 16 |
| 17 | 17 |
| 18 | 18 |
| 19 | 19 |
| 20 | 20 |
| 21 | 21 |
| 22 | 22 |
| 23 | 23 |
| 24 | 24 |
| 25 | 25 |
| 26 | 26 |
| 27 | 27 |
| 28 | 28 |
| 29 | 29 |
| 30 | 30 |
| 31 | 31 |
| 32 | 32 |
| 33 | 33 |
| 34 | 34 |
| 35 | 35 |
| 36 | 36 |
| 37 | 37 |
| 38 | 38 |
| 39 | 39 |
| 40 | 40 |
| 41 | 41 |
| 42 | 42 |
| 43 | 43 |
| 44 | 44 |
| 45 | 45 |
| 46 | 46 |
| 47 | 47 |
| 48 | 48 |
| 49 | 49 |
| 50 | 50 |
| 51 | 51 |
| 52 | 52 |
| 53 | 53 |
| 54 | 54 |
| 55 | 55 |
| 56 | 56 |
| 57 | 57 |
| 58 | 58 |
| 59 | 59 |
| 60 | 60 |
| 61 | 61 |
| 62 | 62 |
| 63 | 63 |
| 64 | 64 |
| 65 | 65 |
| 66 | 66 |
| 67 | 67 |
| 68 | 68 |
| 69 | 69 |
| 70 | 70 |
| 71 | 71 |
| 72 | 72 |
| 73 | 73 |
| 74 | 74 |
| 75 | 75 |
| 76 | 76 |
| 77 | 77 |
| 78 | 78 |
| 79 | 79 |
| 80 | 80 |
| 81 | 81 |
| 82 | 82 |
| 83 | 83 |
| 84 | 84 |
| 85 | 85 |
| 86 | 86 |
| 87 | 87 |
| 88 | 88 |
| 89 | 89 |
| 90 | 90 |
| 91 | 91 |
| 92 | 92 |
| 93 | 93 |
| 94 | 94 |
| 95 | 95 |
| 96 | 96 |
| 97 | 97 |
| 98 | 98 |
| 99 | 99 |
| 100 | 100 |

CPF: _____ Nome: _____

Nome Social:

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Entead(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado ***Estado Civil:** _____

CPF: _____ Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado ***Estado Civil:**

CPF: _____ Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado ***Estado Civil:** _____

CPF: _____ Nome: _____

Nome Social:

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado ***Estado Civil:** _____

CPF: _____ Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteadado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado ***Estado Civil:** _____

CPF: _____ Nome: _____

Nome Social: _____

Parentesco: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheira
☐ Filho(a) ou Enteado(a) Solteiro(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a) ☐ Menor Tutelado ***Estado Civil:** _____

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

Tipo de Representante:

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Curador(a) ☐ Tutor(a) ☐ Procurador(a) ☐ Diretor(a) de Instituição ☐ Administrador(a) Provisório(a) ☐ Termo de Guarda

Nome: _____ Data de Nasc. ____/____/____

CPF: _____ Email: _____ Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

Endereço: _____ Telefone: () -

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

[illegible]

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

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

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

Local: **Data:** / / .

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

* - Deverá ser selecionado uma das opções de estado civil contantes no campo do requerente.