

ANEXO IV
PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC
(Lei nº 8.742/93)

| | |
|--|---|
| REQUERENTE: _____ | |
| SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. | <input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência <input type="checkbox"/> Pessoa Idosa |
| APELIDO: _____ | CPF: _____ |
| NOME DA MÃE: _____ | |
| ENDEREÇO: _____ | BAIRRO: _____ |
| COMPLEMENTO: _____ | CEP: _____ MUNICÍPIO: _____ UF: _____ |
| DDD () TELEFONE: _____ LOCAL DO DOMICÍLIO: <input type="checkbox"/> ZONA RURAL <input type="checkbox"/> ZONA URBANA | |
| PONTO DE REFERÊNCIA: _____ | |

| | | |
|--|---|---|
| COR/RAÇA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA | TIPO DE DOMICÍLIO: <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> ALUGADO <input type="checkbox"/> SEM DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> CASA LAR/República <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO DE RUA | MORADOR DE COMUNIDADE: <input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> RIBEIRINHA <input type="checkbox"/> OUTRAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS |
|--|---|---|

| | |
|--|---|
| ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO DE FATO <input type="checkbox"/> VIÚVO | ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFIQUE: _____ |
|--|---|

| |
|---|
| POSSUI OU JÁ POSSUIU VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
|---|

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

| |
|--|
| TIPO DE REPRESENTANTE: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Curador(a) <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Procurador(a) |
| <input type="checkbox"/> Diretor(a) de Instituição <input type="checkbox"/> Administrador(a) Provisório(a) <input type="checkbox"/> Termo de Guarda |
| NOME: _____ |
| SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ CPF: _____ |
| ENDEREÇO: _____ |
| BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____ |
| MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____ |

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| USO DO INSS | |
| DATA: ____/____/____. | RUBRICA E MATRÍCULA: |