

ANEXO IV
PORTARIA CONJUNTA MDS/MP/S/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: Masc. Fem. Pessoa com Deficiência Pessoa Idosa

APELIDO: _____ **CPF:** _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO: _____ **BAIRRO:** _____

COMPLEMENTO: _____ **CEP:** _____ **MUNICÍPIO:** _____ **UF:** _____

DDD () TELEFONE: _____ **LOCAL DO DOMICÍLIO:** ZONA RURAL 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? SIM NÃO

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

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: _____

SEXO: Masc. Fem. **DATA DE NASCIMENTO:** ____/____/____ **CPF:** _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **COMPLEMENTO:** _____

MUNICÍPIO: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____

USO DO INSS

DATA: ____/____/____	RUBRICA E MATRÍCULA:
-----------------------------	-----------------------------