

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: 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: _____

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

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

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: