# ANEXO III

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

## DECLARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

### SITUAÇÃO FAMILIAR DO REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

NOME: _____

( ) Vive sozinho

( ) Vive sob o mesmo teto com pessoas da **família** definidas no §1º art. 20 Lei 8.742/1993, para acesso ao BPC (*cônjuge, companheiro(a), os pais, madrasta/padrasto, filhos(as) e enteados(as) solteiros(as), irmãos(ãs) solteiros(as), menores tutelados*) - Somente estes devem ser elencados na presente declaração.

( ) Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar definidos no §1º art. 20 Lei 8.742/1993.

( ) Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou sob responsabilidade de terceiros (*Nome da Entidade*):

_____

( ) Vive em situação de rua

### COMPOSIÇÃO GRUPO E RENDA FAMILIAR INCLUSIVE O REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

**Nome** (*requerente/beneficiário*): _____

**Sexo**: ( ) MASC. ( ) FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**:_____

**Nome da Mãe**: _____

**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____ Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____ UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____

**Situação Ocupacional:** ( ) CTPS Assinada ( ) Contribuinte Individual/Autônomo ( ) Microempreendedor Individual – MEI ( ) Aprendiz ( ) Mercado de Trabalho Informal ( ) Não participa do Mercado de Trabalho ( ) Aposentado/Pensionista/BPC

**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ( ) SIM ( ) NÃO

---

**Nome** (*integrante grupo familiar*): _____

**Sexo**: ( ) MASC. ( ) FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**: _____

**Nome da Mãe**: _____

**Parentesco**: ( ) Pai/Padrasto ( ) Mãe/Madrasta ( ) Cônjuge/Companheiro(a) ( ) Filho(a) ou Enteado(a) ( ) Irmão(ã) Solteiro(a)

**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____ Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____ UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____

**Situação Ocupacional:** ( ) CTPS Assinada ( ) Contribuinte Individual/Autônomo ( ) Microempreendedor Individual – MEI ( ) Aprendiz ( ) Mercado de Trabalho Informal ( ) Não participa do Mercado de Trabalho ( ) Aposentado/Pensionista/BPC

**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ( ) SIM ( ) NÃO

---

**Nome** (*integrante grupo familiar*): _____

**Sexo**: ( ) MASC. ( ) FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**: _____

**Nome da Mãe**: _____

**Parentesco**: ( ) Pai/Padrasto ( ) Mãe/Madrasta ( ) Cônjuge/Companheiro(a) ( ) Filho(a) ou Enteado(a) ( ) Irmão(ã) Solteiro(a)

**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____ Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____ UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____

**Situação Ocupacional:** ( ) CTPS Assinada ( ) Contribuinte Individual/Autônomo ( ) Microempreendedor Individual – MEI ( ) Aprendiz ( ) Mercado de Trabalho Informal ( ) Não participa do Mercado de Trabalho ( ) Aposentado/Pensionista/BPC

**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ( ) SIM ( ) NÃO

# ANEXO III

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

**Nome** (*integrante grupo familiar*): _____
**Sexo**: ☐ MASC. ☐ FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**: _____
**Nome da Mãe**: _____
**Parentesco**: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____
UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____.
**Situação Ocupacional:** ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ☐ SIM ☐ NÃO

**Nome** (*integrante grupo familiar*): _____
**Sexo**: ☐ MASC. ☐ FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**: _____
**Nome da Mãe**: _____
**Parentesco**: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____
UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____ .
**Situação Ocupacional:** ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ☐ SIM ☐ NÃO

**Nome** (*integrante grupo familiar*): _____
**Sexo**: ☐ MASC. ☐ FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**: _____
**Nome da Mãe**: _____
**Parentesco**: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____
UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____ .
**Situação Ocupacional:** ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ☐ SIM ☐ NÃO

**Nome** (*integrante grupo familiar*): _____
**Sexo**: ☐ MASC. ☐ FEM **Data de nascimento**:_____/_____/_____. **CPF**: _____
**Nome da Mãe**: _____
**Parentesco**: ☐ Pai/Padrasto ☐ Mãe/Madrasta ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(a) ou Enteado(a) ☐ Irmão(ã) Solteiro(a)
**Documento Oficial de Identificação** (*preencher apenas um dos documentos, sendo obrigatório, para os que têm idade acima de 16 anos, documento oficial de identificação com foto*): Certidão de Nascimento: Nº do Livro:_____ Nº da Folha: _____
Nº do Termo:_____ Nº do Cartório:_____ Município do Cartório: _____
UF:___. RG:_____ Órgão Emissor:_____ UF:___. CTPS:_____ Série:_____ UF____ .
**Situação Ocupacional:** ☐ CTPS Assinada ☐ Contribuinte Individual/Autônomo ☐ Microempreendedor Individual – MEI
☐ Aprendiz ☐ Mercado de Trabalho Informal ☐ Não participa do Mercado de Trabalho ☐ Aposentado/Pensionista/BPC
**Rendimento mensal**: R$_____ **Documento de Comprovação de Renda**: ☐ SIM ☐ NÃO

**Pela presente, declaro, para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, devido ao idoso e a pessoa com deficiência (Lei n°8.742/1993), que não recebo benefício de Regimes Próprios de Previdência de Estados e/ou Municípios, no Brasil ou em outro país, incompatível com o BPC e, declaro ainda, que as informações especificadas acima são completas e verdadeiras, estando ciente das penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299.**

Local:_____ Data:____/_____/_____

_____
Assinatura do requerente/beneficiário ou representante legal