



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Anexo I do Memorando-Circular Conjunto nº 3/DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/INSS, de 12 de janeiro de 2017

**REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA 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.
Estado Civil: Solteiro Casado União Estável Divorciado Separado de Fato Viúvo
E-mail: _____

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 ou entidade: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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

CPF: _____ Nome: _____
Nome Social: _____

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



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Anexo I do Memorando-Circular Conjunto nº XX/DIRBEN/DIRAT/DIRSAT/INSS, de 10 de janeiro de 2017

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: _____

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

Declaro que não recebo do meu município ou estado qualquer benefício 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