

Nº 186 – DOU – 26/09/14 – seção 1 – p.121

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME
SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

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

(Publicado no DOU de 25-9-2014, Seção 1, pág. 97).

ANEXOS (*)

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO PARA EFEITO DE COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR DO BPC

Nome do Requerente: _____

Doc. de Identidade: _____

Endereço: _____

Declaro que estou separado(a) do fato do Sr(a) _____ e

() que não recebe pensão de alimentos, ou

() que recebe pensão de alimentos no valor de R\$ _____ mensal.

Pela presente declaro, ainda serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos arts. 171 e 269 do Código Penal Brasileiro,

(Assinatura)

(Assinatura do Declarante)

Reclamações:

1. Esta declaração deverá ser apresentada junto com o requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, na caso em que o requerente declare estar separado de fato de seu cônjuge com quem ainda permanece legalmente casado.
2. O artigo 4º, inciso V, do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, 2007, e alterações posteriores, estabelece que família para efeito de renda mensal familiar por pessoa e o conjunto de pessoas dependentes do requerente, o cônjuge, o companheiro, a companheira, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

ANEXO II

SOLICITAÇÃO DE RENÚNCIA DE BENEFÍCIO EM MANUTENÇÃO PARA ACESSAR OUTRO BENEFÍCIO MAIS VANTAJOSO

Nome do Beneficiário: _____

Doc. de Identidade: _____

Solicito a RENÚNCIA do meu benefício, espécie: _____, nº: _____, visando à obtenção de outro benefício mais vantajoso para o titular, em integrante do grupo familiar.

Pela presente assumo a responsabilidade desta solicitação, estando ciente das implicações legais.

(Assinatura)

(Assinatura do beneficiário)

Reclamações:

1. Esta declaração deverá ser apresentada junto com o requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, no caso do requerente solicitar mudança de situação em manutenção.
2. A RENÚNCIA DE UM TÍTULO DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO, A FACULDADE E INELIGIBILIDADE DO BENEFÍCIO MAIS VANTAJOSO NÃO SE DÁ PARA INTERFERIR NO GRUPO FAMILIAR, EXCETO NOS CASOS DE APENSOAMENTO PARCIAL, POR TEMPO DETERMINADO E ESPECIAL.

ANEXO III

DECLARAÇÃO DA COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR – BPC

DADOS CADASTRAIS:

NOME: _____ SEXO: M F

NOME DA MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ CPF: _____ . RG _____ EMISSOR: _____

UF: _____ ESCOLARIDADE²: APELIDO: _____ APS: _____ ESPÉCIE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ CEP: _____ UF: _____

DDD() TELEFONE: _____ PONTO DE REFERÊNCIA: _____ NIT: _____

- Vive sozinho
- Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ao BPC.
- Vive sob o mesmo teto com pessoas da família⁷ definidas no §1º art. 20 Lei 8.742, de 1993, para acesso ao BPC (somente estes devem ser elencados na presente declaração).
- Vive internado em instituição, asilo, ou sob responsabilidade de terceiros
(Nome da Entidade: _____).

REPRESENTANTE LEGAL:

Tipo de Representante: () Pai () Mãe () Curador () Tutor () Procurador
() Diretor de Instituição () Termo de Guarda () Administrador Provisório.

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ SEXO: M F CPF: _____ . RG: _____

ÓRGÃO EMISSOR: _____ UF: _____ ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

UF: _____ CEP: _____ .

COMPOSIÇÃO GRUPO E RENDA FAMILIAR INCLUSIVE O REQUERENTE/BENEFICIÁRIO:

Nome (requerente/beneficiário): _____

Data de nascimento: ___/___/___, Nome da Mãe: _____

Parentesco³: Rendimento mensal: R\$ _____, Situação Ocupacional⁴: _____

Documento de Comprovação de Renda⁵: Certidão de Nascimento⁶: Nº do Livro: _____,

Nº da Folha: _____ Nº do Termo: _____, Nº do Cartório: _____

Município do Cartório: _____, UF: _____, RG⁶: _____

Órgão Emissor: _____ UF: _____, CTPS⁶: _____ Série: _____ UF: _____

PIS/PASEP/NIT: _____

Sexo¹: 1 masculino 3 Feminino 0 Não informado Escolaridade²: 0 Não alfabetizado 1-1º grau incompleto 2-1º grau completo 3-2º grau incompleto 4-2º grau completo 5-3º grau incompleto 6-3º grau completo. Parentesco³: 0-requerente/beneficiário 1-Pai/Padrasto 2-Mãe/madrasta 3-cônjuge/companheiro(a) 4-filho(a) ou enteado(a) 5-irmão(ã) solteiro(a) Situação Ocupacional⁴: 0-CTPS Assinada 1-Autônomo 2-Aposentado/Pensionista 3-Mercado Informal 4-Sem rendimento 5-BPC 6-cursos. Documento comprovação de renda⁵: 1-sim 2-não. Certidão de Nascimento⁶: É necessário o preenchimento de pelo menos um documento, sendo obrigatório acima de 16 anos de idade documento de identificação com foto. Família⁷: Requerente/beneficiário, o cônjuge, o companheiro(a), os pais, madrasta/padrasto, os filhos(a) e enteado(s) solteiros(a), irmãos(ãs) solteiro(a), menores tutelados.

Nome (integrante grupo familiar): _____

Data de nascimento: ___/___/____. Nome da Mãe: _____

Parentesco³: Rendimento mensal: R\$_____. Situação Ocupacional⁴: Documento de Comprovação de Renda⁵: Certidão de Nascimento⁶: Nº do Livro:_____, Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____, Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____, UF:_____, RG⁶: _____ Órgão Emissor: _____ UF:_____, CTPS⁶: _____ Série: _____ UF: _____

PIS/PASEP/NIT: _____

Nome (integrante grupo familiar): _____

Data de nascimento: ___/___/____. Nome da Mãe: _____

Parentesco³: Rendimento mensal: R\$_____. Situação Ocupacional⁴: Documento de Comprovação de Renda⁵: Certidão de Nascimento⁶: Nº do Livro:_____, Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____, Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____, UF:_____, RG⁶: _____ Órgão Emissor: _____ UF:_____, CTPS⁶: _____ Série: _____ UF: _____

CTPS⁶: _____ Série: _____ UF: _____

PIS/PASEP/NIT: _____

Nome (integrante grupo familiar): _____

Data de nascimento: ___/___/____. Nome da Mãe: _____

Parentesco³: Rendimento mensal: R\$_____. Situação Ocupacional⁴: Documento de Comprovação de Renda⁵: Certidão de Nascimento⁶: Nº do Livro:_____, Nº da Folha: _____

Nº do Termo: _____, Nº do Cartório: _____ Município do Cartório: _____, UF:_____, RG⁶: _____ Órgão Emissor: _____ UF:_____, CTPS⁶: _____ Série: _____ UF: _____

PIS/PASEP/NIT: _____

Assinatura do requerente/beneficiário ou representante legal

Sexo¹: 1-masculino 3-Feminino 9-Não informado Escolaridade²: 0-Não alfabetizado 1-1º grau incompleto 2-1º grau completo 3-2º grau incompleto 4-2º grau completo 5-3º grau incompleto 6-3º grau completo. Parentesco³: 0-requerente/beneficiário 1-Pai/Padrasto 2-Mãe/madrasta 3-cônjuge/companheiro(a) 4-filho(a) ou enteado(a) 5-irmão(ã) solteiro(a) Situação Ocupacional⁴: 0-CTPS Assinada 1-Autônomo 2-Aposentado/Pensionista 3-Mercado informal 4-Sem rendimento 5-EPG 6-outros. Documento comprovação de renda⁵: 1-com documento de identificação com foto. Família⁶: Requerente/beneficiário, o cônjuge, o companheiro(a), os pais, madrasta/padrasto, os filhos(e) e enteado(a) solteiros(a), irmãos(ã) solteiro(a), menores tutelados.

ANEXO IV
REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - BPC
Lei nº 8.742, de 1993

REQUERENTE: _____ APELIDO: _____	
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	SEXO: <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM NIT: _____
CPF: _____	DOC. IDENTIFICAÇÃO: _____ ORG. EXPEDIÇÃO: _____
NOME DA MÃE: _____	
NOME DO PAI: _____	
ENDEREÇO: _____	BAIRRO: _____
COMPLEMENTO: _____ CEP: _____	CIDADE: _____ UF: _____
PONTO DE REFERÊNCIA: _____	

LOCAL DO DOMICÍLIO: <input type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/> RURAL	TIPO DE DOMICÍLIO: <input type="checkbox"/> PRÓPRIA <input type="checkbox"/> CASA LAR/República <input type="checkbox"/> ALUGADA <input type="checkbox"/> SHM DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO DE RUA <input type="checkbox"/> ALBERGUE	MORADOR DE COMUNIDADE: <input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> RIBEIRINHAS <input type="checkbox"/> OUTRAS POP. TRADICIONAIS
--	--	---

ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIUVO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> OUTRO	GRAU DE ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> NÃO SABE LER <input type="checkbox"/> SABE LER E NÃO POSSUI ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	<input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO
---	---	--

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL:	
<input type="checkbox"/> POSUI VÍNCULO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> TRABALHADOR AVULSO <input type="checkbox"/> EMPRESÁRIO <input type="checkbox"/> EMPREGADO DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> FACULTATIVO <input type="checkbox"/> SEGURADO ESPECIAL <input type="checkbox"/> CONTRIBUINTE INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> SEM CARÊNCIA	<input type="checkbox"/> NÃO POSUI VÍNCULO <input type="checkbox"/> TRABALHADOR SEM VÍNCULO <input type="checkbox"/> SEM OCUPAÇÃO <input type="checkbox"/> NUNCA FOI SEGURADO

REQUERENTE: PESSOA COM DEFICIÊNCIA IDOSO

Declara que: Recebo benefício do:
 Não recebo benefício da Seguridade Social, (saúde previdência social, ou assistência social) no Brasil ou em outro país incompatível com o BPC e assume a responsabilidade por essa declaração, sob pena da lei

_____/_____/_____, em ____/____/_____,
(Local) (Data)

ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL: _____

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

NOME: _____

DOC. IDENTIFICAÇÃO: _____ ORGÃO EXPEDIDOR: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

Tipo de Representante Legal:
 PAI MÃE TUTOR CURADOR DIRETOR DE INSTITUIÇÃO TERMO DE GUARDA ADMINISTRADOR PROVISÓRIO

USO DO INSS	
DATA: ____/____/____	FUBRICA E MATRÍCULA: _____

ANEXO V

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL PARA EFEITO DE COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR – BPC

Nome do Requerente: _____

Doc. de Identidade: _____

Endereço: _____

1 - Nome do membro do grupo familiar em situação de união estável: _____

Doc. de Identidade: _____

Relação de parentesco com o requerente:

() companheiro(a) () madrasta/padrasto () irmão(ã) () filho(a) () enteado(a)

2 - Nome do Companheiro(a): _____

Doc. de Identidade: _____

Dedaramos, para fins de requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, que vivemos sob o mesmo teto em regime de União Estável, em consonância com o art. 1.723 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.

Pela presente, declaramos ainda serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando cientes das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro

_____, em _____/_____/_____;
(Local) (Data)

Assinatura do declarante (1)

Assinatura do declarante (2)

Esclarecimentos:

1. Esta declaração deverá ser apresentada junto com o requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, nos casos em que o requerente ou algum dos membros do grupo familiar viver em regime de União Estável, observado o art. 1.723 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002.
2. O artigo 4º, inciso V, do Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, 2007, e alterações posteriores, estabelece que a família para cálculo da renda mensal familiar *per capita*, é o conjunto de pessoas composto pelo requerente, o cônjuge, o companheiro, a companheira, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto..

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DO REQUERENTE DE QUE O TITULAR DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA COABITA, MAS NÃO COMPÕE O MESMO GRUPO FAMILIAR- BPC.

Dados do Requerente do Benefício de Prestação Continuada:		
Nome:		
Nome da mãe:		
Doc. de Identidade:	Órgão Emitente:	UF:
Nº CPF:		
Dados do titular do comprovante de residência:		
Nome:		
Endereço:		
Doc. de Identidade:	Órgão Emitente:	UF:
Nº CPF:		
<p>Declaro com vistas a comprovar o domicílio e residência acima nominado e identificado, observada a exigência contida no art. 7º do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro 2007, que o titular do comprovante de residência apresentado coabita comigo, na condição de _____ (Grau de parentesco ou qualquer outra relação), portanto não compõe grupo familiar considerado para cálculo da renda <i>per capita</i> familiar, conforme dispõe a legislação em vigor.</p> <p>Afirmo, sob as penas da Lei (art. 299 do Código Penal Brasileiro), serem verdadeiras as informações acima prestadas.</p>		
_____ de _____ de _____ (Local)		
_____ Assinatura		



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME
SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ANEXO VII

**DECLARAÇÃO DE DOMICÍLIO E RESIDÊNCIA SEM COMPROVANTE
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC.**

Dados do Requerente do BPC:		
Nome:		
Nome da mãe:		
Doc. de Identidade:	Órgão Emissor:	UF:
Nº CPF:		
<p>Observada a exigência contida no art. 7º do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, declaro que:</p> <p><input type="checkbox"/> Eu e os componentes do grupo familiar por mim declarado não possuímos nenhum documento comprobatório, em nosso nome, de endereço referente ao domicílio e residência informado no requerimento.</p> <p><input type="checkbox"/> Não possuo residência fixa e regular, por estar em situação de rua, porém informo endereço de equipamento da rede socioassistencial ou de pessoa que mantenho relação de proximidade, conforme indicado abaixo:</p> <p>_____</p>		
<p>Afirmo, sob as penas da Lei (art. 299 do Código Penal Brasileiro), serem verdadeiras as informações acima prestadas.</p>		
<p>_____, _____ de _____ de _____ (Local)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>		

ANEXO VIII

**DECLARAÇÃO DE PERMANÊNCIA DE CRIANÇA OU ADOLESCENTE
BENEFICIÁRIA DO BPC EM INSTITUIÇÃO DE ACOLHIMENTO.**

Eu, _____,
portador do CPF nº _____, e RG
nº _____, na qualidade de dirigente da
entidade _____ (nome
da instituição e CNPJ), DECLARO, sob as penas do art. 299 do Código Penal,
que a criança ou adolescente

(nome completo) titular do benefício assistencial mantido na
Previdência Social nº _____ encontra-se acolhido na
Entidade em que sou dirigente.

Estou ciente de que o recebimento de benefício de titularidade da criança ou do
adolescente acima qualificado após o seu desligamento da Instituição,
acarretará em minha responsabilidade pessoal pelo ressarcimento dos valores
percebido indevidamente.

Local _____, Data: ____/____/____;

(ASSINATURA-DIRIGENTE)

Eclarecimentos:

- 1- Este benefício passará por um processo de revisão a cada 2(dois) anos contado a partir da data da concessão, para avaliar a continuidade das condições que deram origem, conforme dispõe o art. 21 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.
- 2- É de obrigatoriedade do beneficiário, seu representante legal, informar ao INSS, as alterações cadastrais tais como: encerramento atualizado, óbito, situação de emprego e renda do titular do benefício.
- 3- A constatação de qualquer irregularidade em relação ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, pelo beneficiário ou terceiros, com a ocorrência de ato com dolo, fraude, ou má fé, obrigará a tomada das medidas judiciais necessárias pelo INSS, visando a restituição das importâncias recebidas indevidamente, independente de outras penalidades legais. (art. 49 do Decreto 6.214/2007).

DENISE RATMANN ARRUDA COLIN
Secretária Nacional de Assistência Social

BENEDITO ADALBERTO BRUNCA
Secretário de Políticas de Previdência Social

LINDOLFO NETO DE OLIVEIRA SALES
Presidente do Instituto Nacional do Seguro Social

(*) Publicado em parte por ter sido omitido no DOU de 25-9-2014, Seção 1, pág. 97.