

ANEXO I

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014 DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO PARA EFEITO DE COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

Nome do Requerente: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Declaro que estou separado/a de fato do Sr/Sra. _____

_____ nascido/a em: ____/____/____ e

() que não recebo pensão de alimentos, ou

() que recebo pensão de alimentos no valor de R\$ _____ mensais.

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

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura-declarante

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 declarar estar separado de fato de seu cônjuge com quem ainda permaneça 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 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 II

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014 TERMO DE RENÚNCIA DE BENEFÍCIO EM MANUTENÇÃO PARA ACESSAR OUTRO BENEFÍCIO MAIS VANTAJOSO

Nome do Beneficiário: _____

CPF: _____

Renuncio ao benefício, espécie _____, NB _____, visando à obtenção de outro benefício mais vantajoso.

Pelo presente, declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____

(ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)

Esclarecimentos:

Ao requerente do BPC, titular de benefício previdenciário, é facultada a renúncia e opção pelo benefício mais vantajoso para si ou para integrante do grupo familiar, exceto nos casos de aposentadoria por idade, por tempo de contribuição e especial.



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

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, madrasto/padrasto, filhos(as) e enteado(s) 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/BPCRendimento 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/BPCRendimento 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/BPCRendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: ☐ SIM ☐ NÃO



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

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 Entead(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 Entead(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 Entead(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 Entead(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 nº 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



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

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: _____

COR/RAÇA: ☐ PRETA ☐ BRANCA ☐ PARDA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA	TIPO DE DOMICÍLIO: ☐ PRÓPRIO ☐ ALUGADO ☐ SEM DOMICÍLIO ☐ CASA LAR/República ☐ CEDIDO ☐ ALBERGUE ☐ SITUAÇÃO DE RUA	MORADOR DE COMUNIDADE: ☐ QUILOMBOLA ☐ INDÍGENA ☐ RIBEIRINHA ☐ OUTRAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS
--	---	---

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐ DIVORCIADO ☐ SEPARADO DE FATO ☐ VIÚVO	ESCOLARIDADE: ☐ NÃO ALFABETIZADO ☐ ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ☐ ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ☐ ENSINO MÉDIO COMPLETO ☐ ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ☐ ENSINO SUPERIOR COMPLETO ☐ ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ☐ 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) ☐ Terno de Guarda

NOME: _____

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

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **COMPLEMENTO:** _____

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

USO DO INSS	
DATA: ____/____/____	RUBRICA E MATRÍCULA:



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

ANEXO V

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014 DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL PARA EFEITO DE COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR

Nome do Requerente: _____

CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Nome do membro do grupo familiar em situação de união estável *(Preencher quando o declarante não for o requerente do benefício)*:

CPF: _____

Relação de parentesco com o requerente:

() Pai/Mãe () Madrasta/Padrasto () Irmão(ã) () Filho(a) () Enteadado(a)

Nome do(a) Companheiro(a):

CPF: _____

Declaramos, 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.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome: _____ CPF: _____

ASSINATURA-DECLARANTE (1)

Nome: _____ CPF: _____

ASSINATURA-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.



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

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014
DECLARAÇÃO DE QUE O TITULAR DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
APRESENTADO NÃO COMPÕE O GRUPO FAMILIAR DO REQUERENTE

Dados do Requerente do Benefício de Prestação Continuada:		
Nome: _____		
Nome da mãe: _____		
Documento Oficial de Identificação: _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____
Nº CPF: _____		
Dados do titular do comprovante de residência:		
Nome: _____		
Endereço: _____		
Documento Oficial de Identificação: _____	Órgão Emissor: _____	UF: _____
Nº CPF: _____		

Declaro, com vistas a comprovar domicílio e residência acima nominado e identificado, que o titular do comprovante de residência ora apresentado coabita comigo, mas não compõe o grupo familiar considerado para cálculo da renda *per capita* familiar, conforme dispõe a legislação em vigor.

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

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura



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

ANEXO VII

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014 DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE DOMICÍLIO E RESIDÊNCIA

Dados do Requerente do BPC:		
Nome:		
Nome da mãe:		
Documento Oficial de Identificação:	Órgão Emissor:	UF:
Nº CPF:		
Declaro, para fins do disposto no art. 7º do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, que: ☐ 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. ☐ Não possuo residência fixa e regular, por estar em situação de rua, porém informo endereço de unidade da rede socioassistencial ou de pessoa que mantenho relação de proximidade, conforme indicado abaixo: _____ _____		
Pela presente, declaro, ainda, serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.		
Local: _____ Data: ____/____/____ _____ Assinatura		



PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014
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*), CNPJ nº _____, DECLARO, sob as
penas do art. 299 do Código Penal, que a criança ou adolescente
_____ (*nome*
completo), titular do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC nº
_____, encontra-se acolhido na Entidade em que sou dirigente.

Estou ciente de que o recebimento do 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 percebidos indevidamente.

Local: _____ Data: ____/____/____

(ASSINATURA-DIRIGENTE)

Esclarecimentos:

- 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, ou seu representante legal, informar ao INSS, as alterações cadastrais tais como: endereço 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).



ANEXO IX

PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014 REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE BENEFÍCIO SUSPENSO/CESSADO E/OU PAGAMENTO DE VALORES NÃO RECEBIDOS

Nome do Titular: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Espécie do Benefício e N°: _____ / _____

Venho, pelo presente, requerer:

☐ Reativação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

☐ Pagamento de valores não recebidos.

Justificativa: _____

Declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA-REQUERENTE

Esclarecimentos:

- 1- O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC suspenso ou cessado poderá ser reativado caso o titular do benefício atenda aos critérios de acesso ao benefício na data do requerimento de reativação ou atenda ao disposto no art. 45 da Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2, de 19 de setembro de 2014.
- 2- Observe-se, também, o disposto no art.47-A do Decreto nº 6.214/2007, e art. 54 da Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2, de 19 de setembro de 2014.



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

ANEXO X

**PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014
REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO, EM CARÁTER ESPECIAL, DO BENEFÍCIO
DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC**

Nome do Titular: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Venho, pelo presente, requerer a Suspensão, em caráter especial, do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, por decorrência do meu ingresso no mercado de trabalho a contar do dia ____/____/____.

Declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA-REQUERENTE

Esclarecimentos:

- 1- A Suspensão em caráter especial do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC está prevista no Art. 21 – A da Lei nº 8.742, de dezembro de 1993, alterada pela Lei nº 12.470, de 2011.
- 2- O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC deverá ser suspenso em caráter especial conforme disposto no art. 47-A do Decreto nº 6.214/2007, e alterações posteriores, e nos termos do art. 54 da Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2, de 19 de setembro de 2014.



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

ANEXO XI

**PORTARIA CONJUNTA MDS/MPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014
REQUERIMENTO DE CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC**

Nome do Titular: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Venho, pelo presente, requerer, por vontade própria, a cessação do Benefício n° _____ . Por este ato, assumo que estou ciente das implicações legais decorrentes desta solicitação.

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA-REQUERENTE