

PORTRARIA CONJUNTA Nº 01, DE 21 DE MAIO DE 2015

Altera os Anexos da Portaria Conjunta N°. 02 MDS/MPS/INSS, de 19 de setembro de 2014, que estabelece critérios e procedimentos a serem adotados pelo Instituto Nacional do Seguro Social na operacionalização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC e acrescenta outros Anexos ao instrumento normativo.

A SECRETÁRIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, no uso das atribuições, e em conformidade com o art. 2º do Anexo do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, O SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE PREVIDÊNCIA SOCIAL, no uso das atribuições que lhe conferem o art. 7º do Decreto nº 7.078, de 26 de janeiro de 2010, e O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, no uso das atribuições que lhe conferem os arts. 3º e 39 do Anexo do Decreto nº 6.214, de 2007, o art. 26 do Anexo I do Decreto nº 7.556, de 24 de agosto de 2011, e o art. 6º do Regimento Interno do INSS, aprovado na pela Portaria nº 296, de 9 de novembro de 2009, do Ministério da Previdência Social,

CONSIDERANDO a necessidade de aprimorar os formulários utilizados em diferentes fases da operacionalização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, que compõem os Anexos da Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2/2014, bem como instituir novos formulários, resolvem:

Art. 1º Alterar os Anexos I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, da Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2/2014, conferindo-lhes nova redação e formatação.

Art. 2º Instituir os formulários que passam a compor os Anexos IX, X e XI, da Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2/2014, para atender as situações de:

I - Reativação de benefício suspenso/cessado e/ou pagamento de valores não recebidos (Anexo IX);

II - Suspensão em caráter especial, do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC (Anexo X); e

III - Cessação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC (Anexo XI).

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

IEDA MARIA NOBRE DE CASTRO
Secretária Nacional de Assistência Social

BENEDITO ADALBERTO BRUNCA
Secretário de Políticas de Previdência Social

ELISETE BERCHIOL DA SILVA IWAI
Presidente do Instituto Nacional do Seguro Social

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.

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 (*cônjugue, 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: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento: _____ / _____ / _____.	CPF: _____
Nome da Mãe: _____			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI			
<input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Nome (integrante grupo familiar): _____	Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento: _____ / _____ / _____.	CPF: _____
Nome da Mãe: _____			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI			
<input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Nome (integrante grupo familiar): _____	Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento: _____ / _____ / _____.	CPF: _____
Nome da Mãe: _____			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI			
<input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Nome (integrante grupo familiar): _____	Sexo: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM	Data de nascimento: _____ / _____ / _____.	CPF: _____
Nome da Mãe: _____			
Parentesco: <input type="checkbox"/> Pai/Padrasto <input type="checkbox"/> Mãe/Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) ou Enteado(a) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> CTPS Assinada <input type="checkbox"/> Contribuinte Individual/Autônomo <input type="checkbox"/> Microempreendedor Individual – MEI			
<input type="checkbox"/> Aprendiz <input type="checkbox"/> Mercado de Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Não participa do Mercado de Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado/Pensionista/BPC			
Rendimento mensal: R\$ _____ Documento de Comprovação de Renda: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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 nº8.742/1993), 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: _____ / _____ / _____



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: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.		<input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência
<input type="checkbox"/> Pessoa Idosa		
APELIDO: _____		
NOME DA MÃE: _____		
ENDERECO: _____		BAIRRO: _____
COMPLEMENTO: _____		CEP: _____
MUNICÍPIO: _____		UF: _____
DDD () TELEFONE: _____		
LOCAL DO DOMICÍLIO: <input type="checkbox"/> ZONA RURAL <input type="checkbox"/> ZONA URBANA		
PONTO DE REFERÊNCIA: _____		
COR/RACA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA	TIPO DE DOMICÍLIO: <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> ALUGADO <input type="checkbox"/> SEM DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> CASA LAR/República <input type="checkbox"/> CEDIDO <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO DE RUA	MORADOR DE COMUNIDADE: <input type="checkbox"/> QUILOMBOLA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> RIBEIRINHA <input type="checkbox"/> OUTRAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO DE FATO <input type="checkbox"/> VIÚVO	ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> OUTROS. ESPECIFIQUE: _____	
POSSIU OU JÁ POSSUIU VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA SOCIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO REQUERENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

PREENCHER QUANDO O REQUERENTE FOR O REPRESENTANTE LEGAL:

TIPO DE REPRESENTANTE: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Curador(a) <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Procurador(a)
<input type="checkbox"/> Diretor(a) de Instituição <input type="checkbox"/> Administrador(a) Provisório(a) <input type="checkbox"/> Termo de Guarda
NOME: _____
SEXO: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ CPF: _____
ENDERECO: _____
BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: _____ CEP: _____

USO DO INSS

DATA: ____ / ____ / ____.	RUBRICA E MATRÍCULA: _____
----------------------------------	-----------------------------------

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) () Enteado(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.

ANEXO VI
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

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:		
<p>Declaro, para fins do disposto no art. 7º do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, 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 unidade da rede socioassistencial ou de pessoa que mantenho relação de proximidade, conforme indicado abaixo:</p> <hr/> <hr/>		
<p>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.</p>		
Local: _____ Data: ____ / ____ / ____		
<hr/> Assinatura		

ANEXO VIII
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 Nº: _____ / _____

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 25 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 25 de setembro de 2014.

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

**REQUERIMENTO DE SUSPENÇÃO, 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 25 de setembro de 2014.

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 nº _____ . Por este ato, assumo que estou ciente das implicações legais decorrentes desta solicitação.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

ASSINATURA-REQUERENTE