

## FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE DE BPC/LOAS

|                    |  |
|--------------------|--|
| Nome:              |  |
| RG:                |  |
| CPF:               |  |
| Endereço:          |  |
| Estado Civil:      |  |
| Profissão:         |  |
| Endereço:          |  |
| Bairro:            |  |
| Cidade:            |  |
| Estado:            |  |
| CEP:               |  |
| Telefone           |  |
| E-mail             |  |
| Data de Nascimento |  |

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Contribuiu para o INSS? Quanto tempo? |  |
| Tem CADÚNICO?                         |  |
| Data do Cadastro                      |  |
| Quem é o responsável?                 |  |
| Grau de escolaridade?                 |  |

## GRUPO FAMILIAR

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Número de pessoas que vivem na mesma residência |  |
|-------------------------------------------------|--|

### Membro 1

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Nome                        |  |
| Parentesco                  |  |
| Profissão ou fonte da renda |  |
| Renda                       |  |

### Membro 2

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Nome                        |  |
| Parentesco                  |  |
| Profissão ou fonte da renda |  |
| Renda                       |  |

### Membro 3

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Nome                        |  |
| Parentesco                  |  |
| Profissão ou fonte da renda |  |
| Renda                       |  |

### Membro 4

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Nome                        |  |
| Parentesco                  |  |
| Profissão ou fonte da renda |  |

|       |  |
|-------|--|
| Renda |  |
|-------|--|

### **Membro 5**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Nome                        |  |
| Parentesco                  |  |
| Profissão ou fonte da renda |  |
| Renda                       |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| RENDAMENTO FAMILIAR TOTAL |  |
| RENDAMENTO POR PESSOA     |  |

### **BENS DO GRUPO FAMILIAR**

|                                                             |  |
|-------------------------------------------------------------|--|
| Possui casa própria?                                        |  |
| Possui veículo próprio?                                     |  |
| Se for alugada, qual o valor do aluguel?                    |  |
| Existe energia elétrica e esgoto na residência?             |  |
| Possuem aparelhos eletrônicos? (TV, Celular, Internet, etc) |  |

### **OUTROS BENEFÍCIOS**

|                                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------|--|
| Você ou alguém da família recebem benefício do INSS?               |  |
| Quais?                                                             |  |
| Você ou alguém da família recebem outros benefícios assistenciais? |  |
| Quais?                                                             |  |

### Informações sobre o local onde reside

|                                                 |
|-------------------------------------------------|
| Conte um pouco como é o bairro que você reside: |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |
|                                                 |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Informe as despesas fixas do grupo familiar: |
|                                              |
|                                              |
|                                              |
|                                              |
|                                              |
|                                              |

### AVALIAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DEFICIENTE

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| Qual o tipo de deficiência?                                  |  |
| Desde quando possui essa deficiência?                        |  |
| Qual o diagnóstico médico?                                   |  |
| Quais documentos possui?                                     |  |
| O que a deficiência te impede de fazer?                      |  |
| Tem gastos com tratamento, remédios, equipamentos, próteses? |  |

|                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------|--|
| Precisa de ajuda de terceiros?                               |  |
| É curatelado judicialmente?                                  |  |
| Qual o número do processo?                                   |  |
| Precisa de alguma adaptação para exercer qualquer atividade? |  |
| Quais?                                                       |  |
| Física                                                       |  |
| Intelectual                                                  |  |
| Sensorial                                                    |  |
| Mental                                                       |  |

Declaro para os devidos fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

#### **Local e Data**

---

Beneficiário: