



**DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR DO IDOSO E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA**

<b>NOME DO REQUERENTE:</b> Noeme Martins da Silva		<b>CPF:</b> 460.451.201-91
<b>ENDEREÇO:</b> Rua das Orquideas, nº18 Jd. Primavera		<b>CIDADE:</b> Porto Esperidião
<b>ESTADO:</b> Mato Grosso	<b>CEP:</b> 78240-000	<b>DOC. DE IDENTIFICAÇÃO ÓRGÃO EMISSOR:</b> Certidão de Nascimento Livro 16-A FLs.40 Nº. 8256

**Declaro para fins de requerimento do Benefício Assistencial devido ao Idoso e ao Deficiente (Lei n.º 8.742/93, que o requerente acima qualificado:**

VIVE SOZINHO  VIVE INTERNADO  CONVIVE SOB O MESMO TETO C/AS PESSOAS RELACIONADAS ABAIXO:

ORDEM	NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	RENDIMENTO MENSAL	EXISTE COMPROVAÇÃO DE RENDIMENTO?
REQUERENTE	NOEME MARTINS DA SILVA	05/03/1940	_____	Profissão do Lar	R\$ 0,00	Não
2		/ /				
3		/ /				
4		/ /				
5		/ /				
6		/ /				

Pelo presente declaro anda serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas no código penal brasileiro, arts. 171 299.

Local: Porto Esperidião 14 de Março de 2005.

**Ass. Do Req. Ou Rep. Legal:** \_\_\_\_\_

**Preencher quando o declarante for Representante legal**

<b>NOME:</b>	<b>DOC DE INDENT. E ÓRGÃO EMISSOR:</b>	<b>CPF:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>CIDADE:</b>	<b>CEP:</b>
<b>CONDIÇÕES DO REP. LEGAL</b> <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MÃE <input type="checkbox"/> CURADOR <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> PROCURADOR <input type="checkbox"/> DIRETOR DE ENTIDADE FILANTRÓPICA		



DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR DO IDOSO E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA

NOME DO REQUERENTE: Angela Barro Dalmoro		CPF: 630.183.651-00
ENDEREÇO: Rua Sebastião José Dias, nº230- Jd. das Flores		CIDADE: Mirassol D'oeste
ESTADO: Mato Grosso	CEP: 78280-000	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO ÓRGÃO EMISSOR: Certidão de Casamento Livro 16-A FLs.40 Nº. 8256

Declaro para fins de requerimento do Benefício Assistencial devido ao Idoso e ao Deficiente (Lei n.º 8.742/93, que o requerente acima qualificado:

( ) VIVE SOZINHO ( ) VIVE INTERNADO ( x ) CONVIVE SOB O MESMO TETO C/AS PESSOAS RELACIONADAS ABAIXO:

ORDEM	NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	SITUAÇÃO OCUPACIONAL	RENDIMENTO MENSAL	EXISTE COMPROVAÇÃO DE RENDIMENTO?
REQUERENTE	Angela Barro Dalmoro	12/09/1924	_____	Profissão do Lar	R\$ 0,00	Não
2	Ivo Dalmoro	03/01/1911	Esposo	Lavrador Aposentado	R\$ 260,00	Sim
3		/ /				
4		/ /				
5		/ /				
6		/ /				

Pelo presente declaro anda serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas no código penal brasileiro, arts. 171 299.

Local: Mirassol D'Oeste, 14 de Março de 2005.

Ass. Do Req. Ou Rep. Legal: \_\_\_\_\_

Preencher quando o declarante for Representante legal

NOME:	DOC DE INDENT. E ÓRGÃO EMISSOR:	CPF:
ENDEREÇO:	CIDADE:	CEP:
CONDIÇÕES DO REP. LEGAL ( ) PAI ( ) MÃE ( ) CURADOR ( ) TUTOR ( ) PROCURADOR ( ) DIRETOR DE ENTIDADE FILANTRÓPICA		

**ANEXO II**  
**OI/INSS/DIRBEN Nº 81/2003**



**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL- LEI 8.742/93**

OL:

NB:

E:

<b>NOME:</b> Angela Barro Dalmoro		<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 12/09/1924
<b>NOME DA MÃE:</b> Jacinta Zanchetin	<b>NOME DO PAI:</b> Luiz Barro	
<b>ENDEREÇO:</b> Rua Sebastião José Dias,nº230 - Jd. das Flores -Mirassol D'Oeste MT		<b>CEP:</b> 78280-000

<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> Ma <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	<b>NATURALIDADE:</b> Brasileira	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input checked="" type="checkbox"/> IDOSO	<b>ESTADO CIVIL:</b> <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input checked="" type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> OUTROS
--	------------------------------------	--	---

**Declara que:**

Recebe benefício do \_\_\_\_\_  
(Indicar a instituição de previdência)

Não recebe benefício da Previdência Social, nem de outro regime e assume a responsabilidade por essa declaração, sob as penalidades previstas em Lei.

Mirassol D'Oeste, 14 de Março de 2005.  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Requerente ou do Representante Legal)

<b>USO DO INSS</b>	
<b>ÓRGÃO MANTENEDOR:</b>	
<b>MICRORREGIÃO:</b>	
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DATA:</b>
	<b>RUBRICA E MATRÍCULA</b>

**Preenher quando o declarantefor o Representante legal**

<b>NOME DO PROCURADOR, OU TUTOR ( REPRESENTANTE LEGAL):</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>CEP:</b>

**DIRBEN - 8232**







|

|







**ANEXO II**  
**OI/INSS/DIRBEN Nº 81/2003**



**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO ASSISTENCIAL- LEI 8.742/93**

OL:

NB:

E:

<b>NOME:</b> Noeme Martins da Silva		<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 25/08/1935
<b>NOME DA MÃE:</b> Josefa Sumbé	<b>NOME DO PAI:</b> José Martins da Silva	
<b>ENDEREÇO:</b> Rua das Orquídeas, nº18 Jd. Primavera		<b>CEP:</b> 78240-000

<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> Ma <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	<b>NATURALIDADE:</b> Brasileira	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE <input checked="" type="checkbox"/> IDOSO	<b>ESTADO CIVIL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DESQUITADO <input type="checkbox"/> OUTROS
--	------------------------------------	--	---

**Declara que:**

Recebe benefício do \_\_\_\_\_  
(Indicar a instituição de previdência)

Não recebe benefício da Previdência Social, nem de outro regime e assume a responsabilidade por essa declaração, sob as penalidades previstas em Lei.

Porto Esperidião, 14 de Março de 2005.  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Requerente ou do Representante Legal)

<b>USO DO INSS</b>	
<b>ÓRGÃO MANTENEDOR:</b>	
<b>MICRORREGIÃO:</b>	
<b>PROTOCOLO</b>	<b>DATA:</b>
	<b>RUBRICA E MATRÍCULA</b>

Preenher quando o declarante for o Representante legal

<b>NOME DO PROCURADOR, OU TUTOR ( REPRESENTANTE LEGAL):</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	<b>CEP:</b>

**DIRBEN - 8232**







|

|





