

**ANEXO II DA INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA Nº 1  
 SENARC/SAGICAD/SNAS/MDS, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2024 –  
 FORMULÁRIO DE CONFIRMAÇÃO TÉCNICA DA CONFORMIDADE DOS DADOS DA  
 FAMÍLIA DO TRABALHADOR  
 EDIÇÃO DE NOVEMBRO/2024 – 21/11/2024**

<b>FORMULÁRIO – INTEGRIDADE NA GESTÃO DE BENEFÍCIOS</b>																			
<b>1. INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL FAMILIAR:</b>																			
Nome do Responsável pela Unidade Familiar (RUF):																			
NIS:																			
Ocupação:	Data de início da ocupação:																		
<b>2. INFORMAÇÕES DOS MEMBROS DA FAMÍLIA:</b>																			
Nome:																			
NIS:	Grau de Parentesco com o RUF:																		
Ocupação:	Data de início da ocupação:																		
Nome:																			
NIS:	Grau de Parentesco com o RUF:																		
Ocupação:	Data de início da ocupação:																		
Nome:																			
NIS:	Grau de Parentesco com o RUF:																		
Ocupação:	Data de início da ocupação:																		
Nome:																			
NIS:	Grau de Parentesco com o RUF:																		
Ocupação:	Data de início da ocupação:																		
<b>OBS.: Utilize o verso se necessário.</b>																			
	2.1. Algum membro da família recebe outro benefício (como aposentadoria, BPC etc.) além do PBF?  <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não         </div>																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Qual?</td> <td style="width: 50%;">Qual?</td> </tr> <tr> <td>Beneficiário:</td> <td>Beneficiário:</td> </tr> <tr> <td>Data da concessão:</td> <td>Data da concessão:</td> </tr> <tr> <td>Valor:</td> <td>Valor:</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Qual?</td> <td>Qual?</td> </tr> <tr> <td>Beneficiário:</td> <td>Beneficiário:</td> </tr> <tr> <td>Data da concessão:</td> <td>Data da concessão:</td> </tr> <tr> <td>Valor:</td> <td>Valor:</td> </tr> </table>	Qual?	Qual?	Beneficiário:	Beneficiário:	Data da concessão:	Data da concessão:	Valor:	Valor:			Qual?	Qual?	Beneficiário:	Beneficiário:	Data da concessão:	Data da concessão:	Valor:	Valor:
Qual?	Qual?																		
Beneficiário:	Beneficiário:																		
Data da concessão:	Data da concessão:																		
Valor:	Valor:																		
Qual?	Qual?																		
Beneficiário:	Beneficiário:																		
Data da concessão:	Data da concessão:																		
Valor:	Valor:																		



4.3. Caso tenha sido confirmada a irregularidade, houve envolvimento de outro servidor ou agente público, responsável pela organização e manutenção do cadastro, na situação de recebimento indevido do benefício pela família ou por pessoa diversa do beneficiário?

Sim (    )                      Não (    )

Justifique:

4.4 Caso essa Gestão não consiga apurar algum dos itens do formulário, deverá justificar, no espaço abaixo, o motivo que impossibilita prestar as informações solicitadas.

Data de coleta das informações: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome e função do responsável pelo levantamento das informações:

Assinatura e cargo do gestor: