

Formulário Único de Alteração da Situação do Benefício**1. DADOS DO REQUERENTE**

Nome: _____

Nome Social: _____

CPF: _____ E - Mail: _____

Endereço: _____

Espécie do Benefício: _____ Número do Benefício (NB): _____

2. SOLICITAÇÃO

() Renúncia ao benefício espécie _____, NB _____ para receber o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC.

() Suspensão do benefício em caráter especial em decorrência do ingresso no mercado de trabalho a partir do dia ____/____/____.

() Cessação do benefício

() Cessação do benefício para acessar outro benefício

() Reativação de benefício suspenso/cessado.*

() Pagamento de valores não recebidos.*

* Os campos marcados deverão vir acompanhados de justificativa

3. JUSTIFICATIVA (PREENCHER APENAS SE FOR NECESSÁRIO)

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura