

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 mais vantajoso.

( ) 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