



Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome  
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

**DECLARAÇÃO PARA DESLIGAMENTO VOLUNTÁRIO**

Prezado(a) Gestor(a) Municipal do Programa Bolsa Família do Município de Maracanaú/CE,

Eu, ELIANE DE MOURA AMORIM SANTOS  
\_\_\_\_\_, beneficiária(o) do Programa Bolsa Família, Número de Identificação Social (NIS) 12300560765, solicito meu desligamento voluntário do referido Programa, nos termos da Portaria GM/MDS nº 555, de 21/11/ 2005, bem como a atualização cadastral no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal com o registro da minha renda atual e/ou outras informações relevantes para o meu cadastro.

Declaro, ainda, que:

- estou ciente de que poderei, a qualquer momento dentro do prazo de 36 meses, solicitar meu retorno ao Programa Bolsa Família, mediante nova atualização cadastral que comprove minha necessidade socioeconômica para participar novamente do Programa.
- estou ciente de que esse retorno ao Programa não gera o pagamento das parcelas anteriormente canceladas e apenas poderei receber as parcelas geradas a partir do processamento de minha nova inclusão no PBF.

Atenciosamente,

Eliane de Moura Amorim Santos 12300560765  
**Assinatura** **NIS**  
Nome completo da(o) Responsável pela Unidade Familiar Responsável pela Unidade Familiar

Maracanaú, 16 de Setembro de 2026.



Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome  
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

Eu, Gestor(a) Municipal do Programa Bolsa Família do Município de Maracanaú/CE, ou por ele designado, afirmo que foi realizada, nesta data, a atualização cadastral da(o) beneficiária(o) acima identificada(o) no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e o cancelamento do benefício do Programa Bolsa Família no Sistema de Benefícios ao Cidadão (Sibec), pelo motivo "Desligamento voluntário", conforme inciso I do art. 8º da Portaria GM/MDS nº 555, de 2005.

Declaro, ainda, que procedi ao cancelamento apenas do benefício da família, e não a exclusão de seu cadastro.

A(o) responsável familiar acima identificada(o) poderá ter o cancelamento do seu benefício revertido dentro do prazo de 36 meses (três anos), retornando imediatamente à condição de beneficiária(o), caso sua renda volte a ser compatível com as regras do Programa Bolsa Família. Basta, para isso, que seus dados sejam atualizados no Cadastro Único e que o pedido de Retorno Garantido seja feito ao Gestor Municipal do Programa.

A presente declaração foi assinada em duas vias, uma arquivada no município e outra entregue para o beneficiário.

*Ilca Carolina Freitas de Melo*

Assinatura

(Nome do(a) Gestor(a) Municipal do Programa Bolsa Família)

Ilca Carolina Freitas de Melo  
Assistente Social - CRESS 0660  
20010 SASC-PMMC

Maracanaú, 16 de Abril de 2026.