



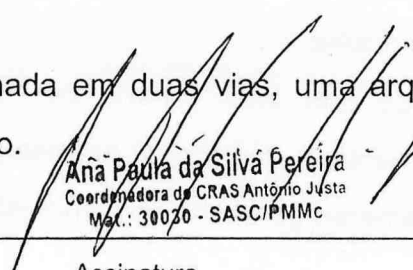
Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
Secretaria Nacional de Renda de Cidadania

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.


Ana Paula da Silva Pereira
Coordenadora do CRAS Antônio Justa
Mec.: 30020 - SASC/PMMc

Assinatura

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

Maracanaú, 30 de MARÇO de 2026.