

**ANEXO XI**  
**PORTARIA CONJUNTA MDSIMPS/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014**

**REQUERIMENTO DE CESSAÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA  
ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC**

Nome do Titular: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Venho, pelo presente, requerer, por vontade própria, a cessação do Benefício nº \_\_\_\_\_ . Por este ato, assumo que estou ciente das implicações legais decorrentes desta solicitação.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA-REQUERENTE