

ANEXO IX

PORTARIA CONJUNTA MDS/MP/S/INSS Nº 2, DE 19 DE SETEMBRO DE 2014

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE BENEFÍCIO SUSPENSO/CESSADO E/OU PAGAMENTO DE VALORES NÃO RECEBIDOS

Nome do Titular: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Complemento: _____ CEP: _____ Município: _____ UF: _____

Espécie do Benefício e Nº: _____ / _____

Venho, pelo presente, requerer:

Reativação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

Pagamento de valores não recebidos.

Justificativa: _____

Declaro serem completas e verdadeiras as informações acima expostas, estando ciente das penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal Brasileiro.

Local: _____ Data: ____/____/____

ASSINATURA-REQUERENTE

Esclarecimentos:

- 1- O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC suspenso ou cessado poderá ser reativado caso o titular do benefício atenda aos critérios de acesso ao benefício na data do requerimento de reativação ou atenda ao disposto no art. 45 da Portaria Conjunta MDS/MP/S/INSS nº 2, de 19 de setembro de 2014.
- 2- Observe-se, também, o disposto no art.47-A do Decreto nº 6.214/2007, e art. 54 da Portaria Conjunta MDS/MP/S/INSS nº 2, de 19 de setembro de 2014.