



**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS
INFORMAÇÕES COLETADAS¹**

Eu, JOSIANIA LOPES DA SILVA,
NIS 14626632277, CPF 605.204.053-07, RG ou Título de Eleitor ou
CNH _____, declaro, sob as penas da lei, que todas as pessoas listadas
abaixo moram no meu domicílio e possuem o seguinte rendimento total detalhado para
cada pessoa, incluindo remuneração de doação, de trabalho ou de outras fontes

| RELAÇÃO DOS COMPONENTES DA UNIDADE FAMILIAR/MORADORES DO DOMICÍLIO | | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------|--------------|--------------------------------|
| Nº | NOME | DATA NASCIMENTO | OCUPAÇÃO | RENDA BRUTA MENSAL (8.05+8.09) |
| 1 | JOSIANIA LOPES DA SILVA | 17/09/1991 | BICOS | 400,00 |
| 2 | WESLEY ROCHA DA SILVA FILHO | 04/03/2009 | ESTUDANTE | 0,00 |
| 3 | MAYNARA ESTHER LOPES PAULA DA SILVA | 15/01/2016 | ESTUDANTE | 0,00 |
| 4 | HENRIQUE DA SILVA AVELINO | 18/10/1993 | DESEMPREGADO | 0,00 |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

2. Declaro ter clareza de que:

- É ilegal deixar de declarar informações ou prestar informações falsas para o Cadastro Único, com o objetivo de participar ou de se manter no Programa Bolsa Família ou em qualquer outro programa social.

¹ CONFORME MODELO DISPONIBILIZADO PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA Nº 05 SAGICAD/SENARC/SNAS/MDS (EDIÇÃO AGOSTO 2024)

As famílias que fraudam o Programa Bolsa Família terão o benefício cancelado e responderão processo administrativo instaurado para devolução dos valores recebidos indevidamente, além de responder penal e civilmente pelas fraudes cometidas.

A qualquer tempo, concordo em receber servidor do município em meu domicílio, para avaliar se a situação socioeconômica da minha família está de acordo com as informações prestadas ao Cadastro Único.

3. Assumo o compromisso de atualizar o cadastro sempre que ocorrer alguma mudança nas informações de minha família, como endereço, renda e trabalho, nascimento ou óbito, entre outras.

MARACANAU, 18/06/2026

Local e data

X *Joannia Lopes da Silva*

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

É o serviço para consultar os detalhes de um benefício no INSS.

Benefício De Prestação Continuada A Pessoa Com Deficiência


Número do Benefício (NB)


102.285.576-7


Situação do Benefício


CESSADO

Serviços relacionados

 Carta de Concessão

 Extrato de Empréstimo Consignado

 Extrato IRPF

 Extrato de Pagamento