

1 5 1 7 5

UBS: Maria de Nazareth



**Programa
Saúde da Família**

Titular: Beatriz Leite Rodrigues

CPF/CNS: 028.562.543-81

Endereço: João Monique 15N

Bairro: Parque

Telefone: 986080367

ACS: Lucília Equipe: 93



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

Eu, BEATRIZ LEITE RODRIGUES, CPF 028.562.543-81, ou
Título de Eleitor _____, declaro, sob as penas da lei, que moro no domicílio de
endereço RUA JOAO HENRIQUE SN PAJUCARA CEP:

_____ indicado no Cadastro Único.

Declaro ter clareza de que:

- É crime de falsidade ideológica, de acordo com o art. 299 do Código Penal, 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.
- É de responsabilidade do Responsável pela Unidade Familiar apresentar dados referentes a TODAS as pessoas da sua família, conforme art. 3º, inciso I, do Decreto nº 11.016, de 29 de março de 2022.
- A qualquer tempo poderei ser convocado pelo município ou por órgãos federais de controle e fiscalização, para avaliar se as informações que prestei ao Cadastro Único estão de acordo com a realidade.
- A prestação de informações falsas ao Programa Bolsa Família é motivo de cancelamento do benefício, e pode gerar processo administrativo para ressarcimento dos valores recebidos indevidamente, nos termos do art. 18 da Medida Provisória nº 1.164, de 2 de março de 2023. Pode também ocasionar processo penal e cível nos termos da legislação geral brasileira.

_____ MARACANAU 23/09/2026

Local e Data

X Beatriz Leite Rodrigues
Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar