



**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS  
INFORMAÇÕES COLETADAS<sup>1</sup>**

Eu, SULANI RIBEIRO DA SILVA ARAUJO,  
NIS 16567922835, CPF 921.256.383-04, 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

<b>RELAÇÃO DOS COMPONENTES DA UNIDADE FAMILIAR/MORADORES DO DOMICÍLIO</b>				
Nº	NOME	DATA NASCIMENTO	OCUPAÇÃO	RENDA BRUTA MENSAL (8.05+8.09)
1	SULANI RIBEIRO DA SILVA ARAUJO	07/05/1976	-	-
2	ISABELE RIBEIRO DA SILVA	11/04/1995	-	-
3	ISAAC RIBEIRO DOS SANTOS	06/02/2022	-	-
4				
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.

<sup>1</sup> 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 12/03/2026

Local e data

X *Sulani Ribeiro da Silva Araújo*

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar