

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, CLEIDE COSTA DA SILVA,  
CPF 02275666370 ou Título de Eleitor 56809980701,  
declaro, sob penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha  
família no domicílio de endereço AVENIDA DOS MARINHEIROS  
Nº 351 CASA 03 CIDADE NOVA  
- CEP: 61930305 MARACANAÚ - CÉ indicado no Cadastro Único.

Declaro ter certeza de que:

- 1 - 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.
- 2 - 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.
- 3 - 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.
- 4 - 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.

Maracanaú, 11 de JUNHO de 2026

Cleide Costa da Silva

Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar