

TERMO DE DECLARAÇÃO DE COMPOSIÇÃO FAMILIAR E RENDA
INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA Nº 2 SAGICAD/SENARC/SNBSA/MDS

Eu, ANTONIA LIEGINA MATOS DA LUZ, RG/CPF 96592745304, 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 a remuneração de doação regular, de pensão alimentícia, de benefícios previdenciários, de trabalho (com ou sem registro em carteira de trabalho), de serviço autônomo, de pequenos negócios, de aluguéis, ou outras fontes de renda:

Nº	Nome	CPF	Relação de Parentesco com o (a) RF	Data de Nascimento	Ocupação e Renda	Renda Bruta Mensal (8.05+8.09)
01	ANTONIA LIEGINA MATOS DA LUZ	96592745304	RUF	08/09/1977	-----	-----
02	GENIELI LUZ DE OLIVEIRA	8113080309	FILHO	08/03/2004	-----	-----
03	EMILLY LUZ DE MORAES	23/10/2013	FILHO	23/10/2013	-----	-----
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						

Declaro ciência de que: 1) 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; 2) A família que fraudar o Cadastro Único terá o cadastro excluído e poderá responder a processo administrativo para devolução dos valores de benefícios recebidos de forma indevida, sob a responsabilidade dos programas ou benefícios sociais; 3) A qualquer tempo posso receber agente público do município em meu domicílio, para avaliar se a composição familiar e situação socioeconômica da minha família está de acordo com as informações prestadas ao Cadastro Único, garantido sempre o direito ao contraditório e à ampla defesa; 4) Assumo o compromisso de atualizar o cadastro sempre que ocorrer alguma mudança nas informações de minha família, como endereço, renda e trabalho, nascimento, óbito, casamento/união estável, divórcio/separação, ou qualquer alteração na composição familiar, entre outras.

Maracanaú 30 de 07 de 2026

x ANTONIA LIEGINA MATOS DA LUZ
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar