

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, MARIA AUXILIADORA CAVALCANTE DA SILVA, CPF 235.716.833-15, ou Título de Eleitor 3084870760, declaro, sob as penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha família no domicílio de endereço JEREISSATI II - AVENIDA 9 390, ALTOS - CEP: 61901090 - MARACANAÚ - CE 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/CE

18/12/2025

Local e data

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Maria Auxiliadora Cavalcante da Silva', is written over a horizontal line. To the left of the signature is a small 'x' mark.

Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar