



**TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS
INFORMAÇÕES COLETADAS¹**

Eu, KATIANE XAVIER CAVALCANTE,
NIS _____, CPF 000.809.523-05, 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

RELAÇÃO DOS COMPONENTES DA UNIDADE FAMILIAR/MORADORES DO DOMICÍLIO				
Nº	NOME	DATA NASCIMENTO	OCUPAÇÃO	RENDA BRUTA MENSAL (8.05+8.09)
1	KATIANE XAVIER CAVALCANTE	12/08/1984	_____	_____
2	TAMIRIS XAVIER CAVALCANTE	16/02/2011	_____	_____
3	HELENA CAVALCANTE R. DA COSTA	11/05/2022	_____	_____
4	BARBARA CAVALCANTE R. DA COSTA	23/10/2024	_____	_____
5	BEATRIZ CAVALCANTE r. DA COSTA	23/10/2024	_____	_____
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.

¹ CONFORME MODELO DISPONIBILIZADO PELA INSTRUÇÃO NORMATIVA CONJUNTA Nº 06 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-CE 09/03/2026

Local e data

Katiane Janyer Cavalcante

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar