

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

Eu, ANTONIA ELIZETE DE SOUSA ALMEIDA,
NIS 12295803944, CPF 318.482.223-00, 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	ANTONIA ELIZETE DE SOUSA ALMEIDA	10/06/1963	DO LAR	0,00
2	JOAO BATISTA DE ALMEIDA	09/01/1963	APOSENTADO	1518,00
3	FRANCISCO TIAGO DE SOUSA ALMEIDA	07/02/1991	DESEMP.	0,00
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.

¹ 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.

MARACANAÚ, 26/01/2026

Local e data

X Antônia Elizete de Sousa Almeida

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

18593

UBS: ANASTASIO SOARES



Programa Saúde da Família

Titular: VITORIA ELLEN SOUSA ALMEIDA

CPF/CNS: 608 876 743 05

Endereço: TRAU PARQUE R. BEIRO 20

Bairro: PAJUCARA

Telefone: 986253668

ACS: D. PAZ

Equipe: 17

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



Prefeitura de
Maracanaú

DEPENDENTES

Nome: FRANCISCO GLEISON SOUSA

CPF/CNS: 000 74 211 331

Nome:

CPF/CNS:

Nome:

CPF/CNS:

Nome:

CPF/CNS:

Nome:

CPF/CNS:

Nome:

CPF/CNS:

GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DA SAUDE
USF: PRAÇA DA SAUDE
AV. SAO JOSE 111
Rua Justino de Sousa S/N - Pajuçara
Telefone: 3363-6450

09.01.26