

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

Eu, ANTONIA DARLIANE MOREIRA DA SILVA,
 NIS _____, CPF 879.429.923-49, 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 DARLIANE M. DA SILVA	07/08/1982	PENCIONISTA	R\$ 550,00
2	JULYANE KESSILE MOREIRA PAIVA	18/08/2014	PENCIONISTA	R\$550,00
3	ISAAC RAVI DA SILVA FERREIRA	16/05/2022	_____	_____
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-CE

15/01/2026

Local e data

Antônio Deolirio Moreira da Silva

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar