

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, MARIA SOLIDADE SILVA DE ABREU, CPF 978.116.293-72, ou Titulo de Eleitor 61901690752, declaro, sob as penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha família no domicílio de endereço LUZARDO VIANA - RUA PEDRO ALVES DA CUNHA 100 - CEP 61910090 - 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 poderrei 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

29/9/2026

Local e data

Maria Solidade de da Silva Abreu

Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar