



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

Eu, VANUSIA BERNARDO DE LIMA DOS SANTOS,
NIS 12594963196, CPF 514.126.403-34, 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	VANUSIA BERNARDO DE LIMA DOS SANTOS	10/10/1970	BICOS	500,00
2	WILLAME VANILSON LIMA DOS SANTOS	11/06/2005	DESEMPREGADO	0,00
3	NATYELE ESTER DE LIMA FARIAS	21/01/2010	ESTUDANTE	
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, 09/02/2026

Local e data

X *Vanúcia Benedito de Lima dos Santos*

Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar

		6	3	6	3	2		
--	--	---	---	---	---	---	--	--

UBS: João Balista



Programa Saúde da Família

Titular: Antonio Wilson Jariós dos S.

CPF/CNS: 923 254 913 15

Endereço: R. Sifônio Peicoto de M. 54 B

Bairro: Paqueta

Telefone: 9 9627 0289

ACS: Nezler

Equipe: 63

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



Prefeitura de
Maracanaú

DEPENDENTES

Nome: mateus lima de Sequeira

CPF/CNS: 017 145 323 09

Nome: _____

CPF/CNS: _____

Nome: _____

CPF/CNS: _____

Nome: _____

CPF/CNS: _____

Nome: _____

CPF/CNS: _____

Nome: _____

CPF/CNS: _____

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE
JOÃO BATISTA DOS SANTOS - AVISA IM
Fica aqui, Pajucara S.H. Pajucara
Fone (84) 3333-6482

(P)