

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Marilene Chagas da Silva,
CPF 699.853.243-15 ou Título de Eleitor _____,
declaro, sob penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha
família no domicílio de endereço Rua Rauf Teofilo, 731
Parqueara
- CEP: 61932505 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 poderei 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, 03 de Junho de 2026

X Marilene Chagas da Silva

Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO FEDERAL
 Estado do Ceará
 Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social





Nome / Name
MARILENE CHAGAS DA SILVA

Nome Social / Social Name

Registro Geral - CPF / Personal Number
699.853.243-15

Data de Nascimento / Date of Birth
06/10/1977

Nacionalidade / Nationality
BRA

Naturalidade / Place of Birth
QUIXERAMOBIM/CE

Sexo / Sex
F

Validade / Expiry
29/10/2035

Francine Chagas da Silva
Assinatura do Titular / Cardholder's Signature

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Filiação / Filiation
MARIA ALEXANDRE DA SILVA
FRANCISCO CHAGAS DA SILVA

Orgão Expedidor / Card issuer
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO-CIHPB

Local / Place of Issue
FORTALEZA

Emissão / Issue
29/10/2025



A1002600264
 271


Assinatura do Expedidor / Card issuer Signature
Francisco Chagas da Silva
Coordenador de Identificação Forense

VALIDADE ATÉ 29 DE AGOSTO DE 1983