

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, FRANCISCA DDS CHAGAS SOUZA PERCIRN,
CPF 464 221373 20 ou Título de Eleitor 46215330760,
declaro, sob penas da lei, que moro sem nenhuma outra pessoa de minha
família no domicílio de endereço RUA 22 Nº 2002
ALTO ALEGRE II
- CEP: 61921339 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, 17 de MARÇO de 2026

Francisca das Chagas Souza Percirn

Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar