

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES COLETADAS¹

Eu, SULAMITA RIBEIRO DA SILVA,
 NIS _____, CPF 674.026.663-87, 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				
N°	NOME	DATA DE NASCIMENTO	OCUPAÇÃO	RENDAMENTO MENSAL BRUTO (8.05+8.09)
1	<u>SULAMITA RIBEIRO DA SILVA</u>	<u>01/02/75</u>	<u>AUXILIO INCAPACIDADE</u>	<u>1621,00</u>
2				
3				

- 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.
 - 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.
- 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 18/06/2026
 Local e data

Sulamita Ribeiro da Silva
 Assinatura do(a) Responsável pela Unidade Familiar