



**TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE**

Eu,  (nome completo),

portador(a) do CPF nº: , residente à

(endereço completo,

incluindo CEP), declaro, para os devidos fins de direito, e sob as penas da lei, que assumo plena responsabilidade pelas informações fornecidas, bem como pela veracidade e autenticidade das cópias dos documentos apresentados.

Estou ciente de que a prestação de informações falsas ou a apresentação de documentos inverídicos constitui crime, conforme previsto no Código Penal, sujeito a apuração e responsabilização nos termos da legislação vigente.

Além disso, declaro ter ciência de que o recebimento desta denúncia por meio digital está condicionado ao envio de cópia digitalizada de documento oficial com foto, conforme os requisitos estabelecidos no artigo 24 da Resolução CFN nº 705/2021.

**Assinatura**