

MANUAL DO USUÁRIO

ORIENTAÇÕES PARA EFETUAR A INSCRIÇÃO PROGRAMA PRA TER ONDE MORAR “APÊ A CUSTO ZERO (PMCMV-FAR)”

Para iniciar a inscrição tenha em mãos os seguintes documentos:

DO TITULAR:

- Documento de Identidade e CPF;
- Comprovante de Endereço;
- Comprovante do Estado Civil;
- Comprovante de Renda;
- Comprovante de Endereço;
- Folha do Cadúnico;
- Comprovante de moradia contínuo e ininterrupto dos últimos 5 (cinco) anos com o município onde o benefício será concedido, mediante a apresentação de pelo menos 1 (um) documento para cada ano;

DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A) (se houver):

- Documento de Identidade e CPF;
- Comprovante de Endereço;
- Comprovante de Estado Civil;
- Comprovante de Renda;
- Se possuir alguma deficiência ou doença crônica, apresentar atestado ou laudo ou relatório médico informando o CID da deficiência/doença.

DO DEPENDENTE (se houver):

- Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF (obrigatório);
- Comprovante de Renda;
- Se possuir alguma deficiência ou doença crônica, apresentar atestado ou laudo ou relatório médico informando o CID da deficiência/doença.

PESSOA COM DEFICIÊNCIA (se houver):

- Atestado, laudo ou relatório médico com avaliação da deficiência informando a Classificação Internacional da Doença (CID), caso haja alguém na família com deficiência;

MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (se houver):

- Se é mulher em situação de violência doméstica e familiar, deverá apresentar comprovante de registro da denúncia pelo Ministério Público junto ao Cadastro Nacional de Violência Doméstica

BENEFICIÁRIO DO BOLSA FAMÍLIA (se for beneficiário):

- Comprovante de que recebe Bolsa Família;

BENEFICIÁRIO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC (se for beneficiário):

- Comprovante de que recebe Benefício de Prestação Continuada - BPC;

CONTRATO DE ALUGUEL (Se paga aluguel e compromete mais de 30% renda com aluguel):

- Contrato de Aluguel;

SITUAÇÃO DE RUA (se estiver):

- Comprovante de emitido pela Prefeitura de Aparecida de Goiânia;

ÁREA DE RISCO DE DESLIZAMENTO DE GRANDE IMPACTO (se residir):

- Laudo da Defesa Civil Estadual ou Municipal;

No site da AGEHAB estão disponíveis os formulários: <https://goias.gov.br/agehab/ape-custo-zero-modelo-de-documentos/>

O [check list](https://static.agehab.go.gov.br/ape.custo.zero/modelo.de.documentos/check.list.pdf) está disponível:
<https://static.agehab.go.gov.br/ape.custo.zero/modelo.de.documentos/check.list.pdf>

PREENCHIMENTO DOS DADOS NO CADASTRO ON-LINE

1 - Com documentação em mãos você poderá começar a inscrição com o preenchimento das informações no site: <goias.gov.br/agehab/>, e clicando no banner “Apê a Custo Zero”.



2 - Na próxima tela clique em “Listas e Editais por cidade”:



Home > Apê Custo Zero > Pra Ter Onde Morar – Apê Custo Zero

Pra Ter Onde Morar – Apê Custo Zero

Última Atualização em 12 de janeiro de 2026
Categoria Apê Custo Zero



Edit

3 - Na próxima tela clique no link do município que reside.

4 – Na próxima tela, primeiramente verifique se as inscrições estão abertas para seu município. Se estiverem abertas clique no link das inscrições:

INSCRIÇÕES / ENVIO DE DOCUMENTOS / ENTREGA DE DOCUMENTOS		
DESCRIÇÃO	STATUS	LINK
Inscrições	Abertas	Inscrições



5 – Será encaminhado para a tela da inscrição. Nessa tela deverá preencher os campos com o nº de “CPF”, “Data de Nascimento”, “Tipo de Benefício / Programa” (marcar em **Apê Custo Zero – PMCMV-FAR**), “Município da Moradia Atual” do titular.

Cadastro On-Line



Download do Manual do Usuário

Consultar Dados

Informe o seu CPF

CPF

Informe a sua Data de Nascimento

Data de Nascimento

Tipo de Benefício / Programa

- ☐ Casas a Custo Zero
- ☐ Aluguel Nunca Mais
- ☐ Apê Custo Zero – PMCMV-FAR

Informe o Município de sua Moradia Atual

Município de sua Moradia Atual



Atualizar Catpcha

Informe o código que você está vendo.

Entrar

AGEHAB - Agência Goiana de Habitação - Versão 3.2.0.0

6 – Na próxima deverá ler e preencher se “Concorda” ou “Não concorda”

AUTORIZO a Agência Goiana de Habitação S/A – AGEHAB:

• A realizar pesquisa cadastral referente a todos os integrantes desta inscrição junto ao CADÚNICO, DETRAN, Equatorial, SANEAGO, FGTS, Receita Federal, Secretaria Estadual da Fazenda, Cartórios de Registro de Imóveis, bem como em quaisquer outros órgãos ou entidades que se façam necessários à verificação das informações prestadas;

• A utilizar os dados pessoais informados, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), para as seguintes finalidades:

- a) inscrição e seleção de candidatos;
- b) gestão, acompanhamento e controle do programa;
- c) avaliação e aprimoramento das políticas habitacionais;
- d) comunicação institucional com candidatos e beneficiários;
- e) cumprimento de obrigações legais e regulatórias.

Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações prestadas são verdadeiras, ciente de que a falsidade ou omissão de dados poderá caracterizar crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e resultar no cancelamento da inscrição.

Ressalto que a inscrição não garante a concessão do benefício, estando sua efetivação condicionada à análise e comprovação dos requisitos exigidos pelo programa.

☐ Não
Concordo

Imprimir

☒ Concordo

Confirmar

6 – ABA EMPREENDIMENTO - Na próxima tela, deverá preencher para qual empreendimento o pretenso beneficiário irá se candidatar.

SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB



Sair

Empreendimento / Programa	Dados Pessoais	Cônjuge / Companheiro(a)	Dependentes	Outras Informações	Comprovante
---------------------------	----------------	--------------------------	-------------	--------------------	-------------

ⓘ Neste ponto você deve marcar o empreendimento/programa que deseja se inscrever. Apenas um empreendimento/programa por vez.

#	Empreendimento / Programa	Município	Data Inicial	Data Final	Situação
<input type="checkbox"/>	Apê Custo Zero	APARECIDA DE GOIÂNIA	12/01/2026 14:52:59	23/01/2026 23:59:59	

Cancelar Inscrição

Avançar

7 - ABA DADOS PESSOAIS - A tela seguinte deverá ser preenchida com os dados do Titular.

- Campo (01): “Nome” preencher conforme documento apresentado;

- Campo (04): “Gênero” preencher conforme declaração;

- Campo (05): “Estado Civil” preencher conforme documento apresentado;

- **Campo (06): “Situação de Emprego/Profissão”** deverá ser preenchido conforme documento apresentado. Nos casos de trabalhadores informais não será necessário apresentar documento, preenchendo estes campos conforme declaração do proponente;
- **Campo (07): “Renda Bruta Mensal (R\$)”** preencher conforme comprovante de renda.
 - 1 - Se possuir contra-cheque preencher conforme este documento;
 - 2 - Se for aposentado preencher conforme Extrato de Pagamento do INSS;
 - 3 - Se for trabalhador informal (sem carteira assinada), preencher conforme declaração.

Nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (08): “Possui Inscrição Ativa no CadÚnico”? (campo obrigatório)** preencher se possui ou não, se possui é necessário informar o número do NIS que consta no CadÚnico;
Nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (11): “Reside de forma ininterrupta no município desde - Ano”** Preencher este campo desde que ano o candidato reside no Município da sua moradia (deverá anexar 1 documento por ano, dos últimos 5 anos, nas próximas telas da inscrição)
Nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório (1 documento por ano).
- **Campo (12): “Possui Vínculo de forma ininterrupta com o município do Empreendimento desde - Ano”** Preencher este campo desde que ano o candidato reside no Município da sua moradia (deverá anexar 1 documento por ano, dos últimos 5 anos, nas próximas telas da inscrição)
- **Campo (13 e 14): “Fone Contato 1 e 2”** – Preencher com os telefones.
- **Campo (15): “E-mail”** preencher conforme declaração do proponente; O preenchimento deste campo é obrigatório.
- **Campo (16): “Tipo de Nacionalidade”** preencher conforme declaração do proponente;
- **Campo (17): “Estado de nascimento”** preencher conforme documento de estado civil;
- **Campo (18): “Cidade do nascimento”** preencher conforme documento de estado civil;
- **Campo (20): “Possui Deficiência”,** preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher o tipo de deficiência e informar obrigatoriamente o número do CID (Classificação Internacional de Doenças é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)) da deficiência, conforme **Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico;**
Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (21): “Possui doença rara, crônica e degenerativa, tais como: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Huntington, Distrofias Musculares, Atrofia Muscular Espinhal (AME) ou outra?”**, preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher obrigatoriamente o número do CID da doença, conforme Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico;
Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (22): “Emancipado”,** preencher conforme orientado abaixo:
 - 1 - Se possuir mais de 18 (dezoito anos) marcar a opção “Sim”,
 - 2 - Se possuir menos de 18 anos marcar a opção “Não”.
 - 3 - Se o candidato tiver entre 16 a 18 anos, e for emancipado (documento de emancipação emitida pelo cartório), marcar a opção “Sim”.
- **Campo (25): “Na sua composição familiar possui mulher vítima de violência doméstica e familiar?”**, preencher “Sim” ou “Não”;
Se preencher “Sim” será aberto uma nova pergunta: **Possui o COMPROVANTE DE REGISTRO DA DENÚNCIA pelo Ministério Público junto ao CADASTRO NACIONAL**

DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, instituído pela Resolução CNMP nº 135, de 26 de janeiro de 2016, alterada pela Resolução CNMP nº 167, de 23 de maio de 2017? Deverá apresentar o **COMPROVANTE DE REGISTRO DA DENÚNCIA** pelo **Ministério Público junto ao CADASTRO NACIONAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**. Se não possuir, procurar o Ministério Público.

Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.

- **Campo (29): “Possui doença oncológica(câncer)?”**, preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher obrigatoriamente o número do CID da doença, conforme Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico; Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (30): “Possui microcefalia?”**, preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher obrigatoriamente o número do CID da doença, conforme Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico; Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (31): “Tipo de raça/cor?”**, preencher conforme declaração e preenchimento no CADÚnico;

SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB




Sair

Empreendimento / Programa	Dados Pessoais	Cônjuge / Companheiro(a)	Dependentes	Outras Informações	Anexar Documentos	Comprovante
---------------------------	----------------	--------------------------	-------------	--------------------	-------------------	-------------

Dados Pessoais

Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

Status do Cadastro: INCOMPLETA 

01 Nome (*)

02 CPF (*) 03 Data Nascimento (*) 04 Gênero (*) 05 Estado Civil (*)

06 Situação de Emprego/Profissão (*) 07 Renda Bruta (R\$) (*)

08 Possui Inscrição Ativa e Atualizada no CadÚnico? (*) ☐ Sim ☒ Não

09 Reside de forma ininterrupta no município desde - Ano (*)

10 Possui Vínculo de forma ininterrupta com o município do Empreendimento desde - Ano (*)

11 Fone Contato 1 (*) 12 Fone Contato 2

13 E-mail (*) 14 Tipo de Nacionalidade (*)

15 Possui Deficiência? (*) ☐ Sim ☐ Não

16 Possui doença rara, crônica e degenerativa, tais como: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Huntington, Distrofias Musculares, Atrofia Muscular Espinhal (AME) ou outra? (*) ☐ Sim ☐ Não

17 Emancipado? (*) ☐ Sim ☐ Não

18 Na sua composição familiar possui mulher vítima de violência doméstica e familiar? (*) ☐ Sim ☒ Não

19 Possui doença oncológica(câncer)? (*) ☐ Sim ☐ Não

20 Possui microcefalia? (*) ☐ Sim ☐ Não

21 Tipo de Raça/Cor (*)
Selecione uma Raça/Cor

Anterior Próximo

5 – ABA DADOS DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A) – Possui companheiro (a) /cônjuge? Se possuir cônjuge/companheiro (a) deverá ser inserido o CPF do mesmo e clicar em PESQUISAR e preencher os dados conforme solicitado. Se for casado com Cônjuge Ausente marcar a opção **“Casado com Cônjuge Ausente”** e clicar no botão **“Próximo”**.

SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB



SEDI
Secretaria de
Estado de
Desenvolvimento e
Inovação



Sair

Empreendimento / Programa	Dados Pessoais	Cônjuge / Companheiro(a)	Dependentes	Outras Informações	Anexar Documentos	Comprovante
<p>Dados do Cônjuge/Companheiro(a)</p> <p>Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.</p> <p>32 Possui Companheiro ou Cônjuge? (*) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>33 CPF(*)</p> <p><input type="text"/></p>			<p>Status do Cadastro: INCOMPLETA </p>			
<p>Anterior</p>			<p>Próximo</p>			

© 2026 - Agehab - Agência Goiana de Habitação - Versão 3.1

Se possuir cônjuge/companheiro, deverá seguir as mesmas orientações do titular

6 - ABA DEPENDENTES - Na próxima tela deverá preencher com os Dados dos Dependentes (se houver).

- **Campo (52): “Nome”** preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (53): “CPF” (campo obrigatório)** preencher conforme CPF do dependente
- **Campo (54): “Dt. Nascimento”** preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (55): “Grau de Parentesco”** preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (56): “Valor de Renda”** preencher conforme comprovante de renda.
 - 1 - Se possuir contra-cheque preencher conforme este documento;
 - 2 - Se for aposentado preencher conforme Extrato de Pagamento do INSS;
 - 3 - Se for trabalhador informal (sem carteira assinada), preencher conforme declaração).
- **Campo (57): “Possui Deficiência”,** preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher o tipo de deficiência e informar obrigatoriamente o número do CID (Classificação Internacional de Doenças é publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)) da deficiência, conforme **Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico**
Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (58): “Possui doença rara, crônica e degenerativa, tais como: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Huntington, Distrofias Musculares, Atrofia Muscular Espinhal (AME) ou outra?”,** preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher obrigatoriamente o número do CID da doença, conforme Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico;
Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.



- **Campo (59): “Possui doença oncológica(câncer)?”,** preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher obrigatoriamente o número do CID da doença, conforme Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico; Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (60): “Possui microcefalia?”,** preencher “Sim” ou “Não”, no caso de preenchimento do campo “Sim” deverá preencher obrigatoriamente o número do CID da doença, conforme Atestado Médico ou Laudo Médico ou Relatório Médico; Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- **Campo (61): “Tipo de raça/cor?”,** preencher conforme declaração e preenchimento no CADÚnico;

Obs.: Para cada dependente digitado deverá clicar no campo “Salvar Dependente”, para depois digitar o outro dependente, se houver.

SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB



Sair

Empreendimento / Programa	Dados Pessoais	Cônjuge / Companheiro(a)	Dependentes	Outras Informações	Anexar Documentos	Comprovante																						
Dados dos Dependentes			Status do Cadastro: INCOMPLETA 																									
Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.																												
<p> São considerados dependentes pessoas que vivem total ou parcialmente às expensas de outra.</p>																												
<p>52 Nome (*)</p> <input type="text"/>																												
<p>53 CPF (*)</p> <input type="text"/>		<p>54 Dt. Nasc. (*)</p> <input type="text"/>		<p>55 Parentesco (*)</p> <input type="text"/>		<p>56 Valor Renda</p> <input type="text"/>																						
<p>57 Possui Deficiência? (*) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>																												
<p>58 Possui doença rara, crônica e degenerativa, tais como: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Huntington, Distrofias Musculares, Atrofia Muscular Espinhal (AME) ou outra? (*)</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>																												
<p>59 Possui doença oncológica(câncer)? (*) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>																												
<p>60 Possui microcefalia? (*) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p>																												
<p>61 Tipo de Raça/Cor (*)</p> <p>Selecione uma Raça/Cor <input type="text"/></p>																												
<p>Salvar Dependente</p>																												
<p>Listagem de Dependentes:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ações</th> <th>Nome</th> <th>CPF</th> <th>Dt. Nasc.</th> <th>Parentesco</th> <th>Valor Renda</th> <th>CID Deficiência</th> <th>CID Doença Crônica</th> <th>CID Doença Oncológica</th> <th>CID Microcefalia</th> <th>Tipo de Raça/Cor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="11"> </td> </tr> </tbody> </table>							Ações	Nome	CPF	Dt. Nasc.	Parentesco	Valor Renda	CID Deficiência	CID Doença Crônica	CID Doença Oncológica	CID Microcefalia	Tipo de Raça/Cor											
Ações	Nome	CPF	Dt. Nasc.	Parentesco	Valor Renda	CID Deficiência	CID Doença Crônica	CID Doença Oncológica	CID Microcefalia	Tipo de Raça/Cor																		
<p>Anterior</p>																												
<p>Próximo</p>																												

7 - ABA OUTRAS INFORMAÇÕES - Na próxima tela deverá preencher as outras informações.

- **Campo (XX): “Casal Juntos Desde” (ESTE CAMPO APARECERÁ, SOMENTE SE O TITULAR POSSUIR CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A))** este campo apenas

aparecerá se for digitado o dado do companheiro. Inserir desde que ano o casal está junto;

- Campo (XX):

“Estado Civil do Casal” preencher conforme estado civil do casal;

- Campo (64):

“Beneficiário em Programas Sociais” preencher se o proponente é beneficiário de Aluguel Social, Benefício de prestação Continuada (BPC) ou Bolsa Família. Pode preencher mais de uma opção.

Qualquer opção que for marcada, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.

- Campo (65):

“Você já ganhou ou recebeu um imóvel de algum programa do governo (da prefeitura, do Estado ou do governo federal)?” preencher conforme declaração da proponente.

- Campo (66):

“Se for contemplado com a casa necessita que a casa (unidade habitacional) seja adaptada, tal como portas mais largas, banheiro com barras de apoio)?” preencher conforme declaração da proponente.

Essa pergunta somente aparecerá se for marcado que algum integrante da família é PCD.

SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB



Sair

Empreendimento / Programa	Dados Pessoais	Cônjuge / Companheiro(a)	Dependentes	Outras Informações	Anexar Documentos	Comprovante
---------------------------	----------------	--------------------------	-------------	--------------------	-------------------	-------------

Outras Informações

Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

Status do Cadastro: INCOMPLETA



64 Beneficiário em Programas Sociais Atualmente:

- ☐ Aluguel Social
- ☐ Benefício de prestação Continuada (BPC)
- ☐ Bolsa Família

65 Você já ganhou ou recebeu um imóvel de algum programa do governo (da prefeitura, do Estado ou do governo federal)? (*)

- ☐ Sim ☐ Não

66 Se for contemplado com a casa necessita que a casa (unidade habitacional) seja adaptada, tal como portas mais largas, banheiro com barras de apoio)? (*)

- ☐ Sim ☐ Não

- Campo (67): “Mulher Responsável pela família?” preencher conforme declaração.

A mulher é responsável pela família?

Marque "SIM" se na família, a mulher é quem exerce maior responsabilidade, inclusive financeira.

- 67 Mulher Responsável pela família? (*) ☐ Sim ☐ Não

- Campo (68, 69, 70, 71, 72 e 73): “Dados do Endereço” preencher conforme comprovante de endereço apresentado (Digite o CEP e clique em OK, depois preencha o restante do endereço);

Dados do Endereço:

68 CEP (*)
88.888-000 Consulte seu CEP.

69 Logradouro (*)
...

70 Número (*) 71 Complemento

72 Bairro (*) 73 Município (*) UF

- Campo (74): “É titular de CONTRATO DE FINANCIAMENTO DE IMÓVEL obtido com recursos do FGTS ou em condições equivalentes às do Sistema Financeiro da Habitação, em qualquer parte do País?” preencher conforme declaração da proponente.
- Campo (75): “É PROPRIETÁRIO DE IMÓVEL, promitente comprador ou titular de direito de aquisição, de arrendamento, de usufruto ou de uso de imóvel residencial, regular, com padrão mínimo de edificação e de habitabilidade estabelecido pelas regras da administração municipal, e dotado de abastecimento de água, de solução de esgotamento sanitário e de atendimento regular de energia elétrica, em qualquer parte do País?” preencher conforme declaração da proponente.
- Campo (76): “Recebeu nos últimos 10 (dez) anos, BENEFÍCIOS HABITACIONAIS DA UNIÃO (GOVERNO FEDERAL), similares oriundos de subvenções econômicas concedidas com recursos do Orçamento-Geral da União, do FAR, do FDS ou provenientes de descontos habitacionais concedidos com recursos do FGTS, excetuados as subvenções e os descontos destinados à aquisição de material de construção e o Crédito Instalação, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), na forma prevista em regulamentação específica?” preencher conforme declaração da proponente.
- Campo (77): “Na residência atual, vivem 2 (duas) ou mais famílias juntas? Caso você receba a nova moradia, somente a sua família irá morar nela?” preencher conforme declaração da proponente. Se responder “Sim” será feita uma nova pergunta: “Caso você receba a nova moradia, somente a sua família irá morar nela?” preencher conforme declaração da proponente.
- Campo (78): “Encontra-se em situação de rua ou com trajetória de rua, comprovado por meio de ateste do Ente Público Local?” preencher conforme declaração da proponente;
Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.
- Campo (79): “É beneficiário cujo contrato foi distratado ou rescindido involuntariamente, conforme normativo específico, a ser indicado

“pelo Ente Público ao Agente Financeiro?” preencher conforme declaração da proponente.

Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.

- Campo (80):

“É residente em área de risco de deslizamentos de grande impacto, inundações bruscas e processos geológicos ou hidrológicos correlatos, conforme Plano Municipal de Redução de Riscos – PMRR, mapeamento de riscos produzido pelo Serviço Geológico do Brasil – CPRM ou laudo da Defesa Civil estadual ou municipal?” preencher conforme declaração da proponente.

Se marcar “Sim”, nas próximas etapas da inscrição será exigido o documento obrigatório.

74 É titular de CONTRATO DE FINANCIAMENTO DE IMÓVEL obtido com recursos do FGTS ou em condições equivalentes às do Sistema Financeiro da Habitação, em qualquer parte do País?

☐ Sim ☐ Não

75 É PROPRIETÁRIO DE IMÓVEL, promitente comprador ou titular de direito de aquisição, de arrendamento, de usufruto ou de uso de imóvel residencial, regular, com padrão mínimo de edificação e de habitabilidade estabelecido pelas regras da administração municipal, e dotado de abastecimento de água, de solução de esgotamento sanitário e de atendimento regular de energia elétrica, em qualquer parte do País?

☐ Sim ☐ Não

76 Recebeu nos últimos 10 (dez) anos, BENEFÍCIOS HABITACIONAIS DA UNIÃO (GOVERNO FEDERAL), similares oriundos de subvenções econômicas concedidas com recursos do Orçamento-Geral da União, do FAR, do FDS ou provenientes de descontos habitacionais concedidos com recursos do FGTS, excetuados as subvenções e os descontos destinados à aquisição de material de construção e o Crédito Instalação, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra), na forma prevista em regulamentação específica?

☐ Sim ☐ Não

77 Na residência atual, vivem 2 (duas) ou mais famílias juntas? Caso você receba a nova moradia, somente a sua família irá morar nela?

☐ Sim ☐ Não

78 Encontra-se em situação de rua ou com trajetória de rua, comprovado por meio de ateste do Ente Público Local?

☐ Sim ☐ Não

79 É beneficiário cujo contrato foi distratado ou rescindido involuntariamente, conforme normativo específico, a ser indicado pelo Ente Público ao Agente Financeiro?

☐ Sim ☐ Não

80 É residente em área de risco de deslizamentos de grande impacto, inundações bruscas e processos geológicos ou hidrológicos correlatos, conforme Plano Municipal de Redução de Riscos – PMRR, mapeamento de riscos produzido pelo Serviço Geológico do Brasil – CPRM ou laudo da Defesa Civil estadual ou municipal?

☐ Sim ☐ Não

- **Campo (82, 83, 84, 85 e 86): “Dados referentes à Moradia”** preencher com o valor pago de aluguel, o material da moradia atual, condição de moradia, quantas pessoas moram na casa e quantos dormitórios existem na casa, conforme declaração da proponente.

Dados referentes a Moradia:

82 Valor Aluguel	83 Material da Moradia Atual (*)	84 Condição de Moradia (*)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
85 Quantas pessoas moram atualmente em sua casa? (*)	86 Quantos dormitórios existem na casa? (*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Anterior

Próximo

CLICANDO EM PRÓXIMO será encaminhado para as telas para inserir os documentos, conforme o preenchimento da inscrição.