

## 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 VIOLENCIA 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 está disponível:  
<https://static.agehab.go.gov.br/ape.custo.zero/modelo.de.documentos/check.list.pdf>

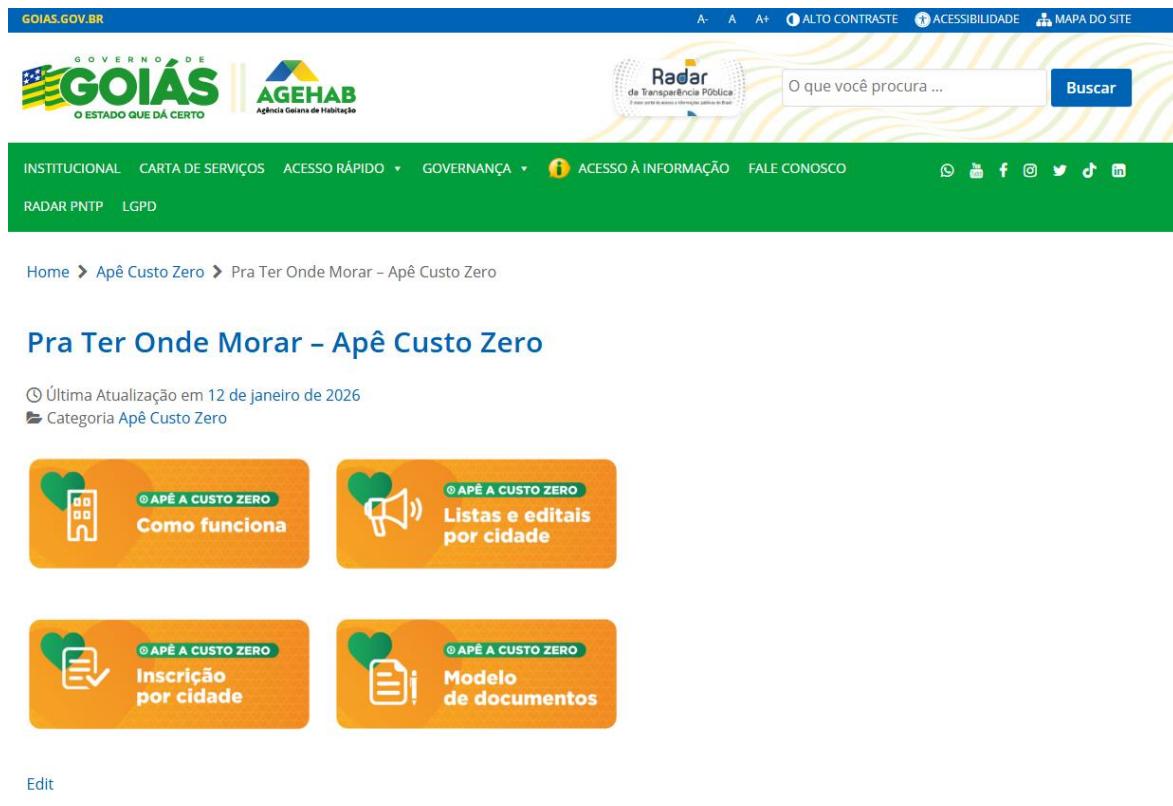
---

**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/](https://goias.gov.br/agehab/)>, e clicando no banner “Apê a Custo Zero”.



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



GOIAS.GOV.BR

A- A A+ ALTO CONTRASTE ACESSIBILIDADE MAPA DO SITE

GOVERNO DE GOIÁS O ESTADO QUE DÁ CERTO AGEHAB Agência Goiana de Habitação Radar da Transparéncia Pública

O que você procura ... Buscar

INSTITUCIONAL CARTA DE SERVIÇOS ACESSO RÁPIDO GOVERNANÇA ACESSO À INFORMAÇÃO FALE CONOSCO

RADAR PNTP LGPD

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

**APÊ A CUSTO ZERO**

- Como funciona
- Listas e editais por cidade
- Inscrição por cidade
- Modelo de documentos

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 Captcha](#)

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

 Concordo

[Imprimir](#)

[Confirmar](#)

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

#### SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB



SEDI  
Secretaria de Desenvolvimento e  
Inovação



GOIAS  
É PAZ  
QUE A  
ESTADO  
DE  
GOIAS

[Sair](#)

[Empreendimento / Programa](#)

[Dados Pessoais](#)

[Cônjugue / 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](#)

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

**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;

**62 3096-5000 62 3096-5050**

Rua 18-A c/ República do Líbano, nº 541, Setor Aeroporto, Goiânia-GO, CEP: 74070-060

- **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 possuir 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) 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 (dezesseis 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 VIOLENCIA 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 VIOLENCIA 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



SEDI  
Serviço de Desenvolvimento e Inovação
GOIAS  
O Poder Pra Perto
[Sair](#)

[Empreendimento / Programa](#)
[Dados Pessoais](#)
[Cônjugue / Companheiro\(a\)](#)
[Dependentes](#)
[Outras Informações](#)
[Anexar Documentos](#)
[Comprovante](#)

**Dados Pessoais**

Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios.

**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 (\*)

Selecionar uma Raça/Cor

Status do Cadastro: INCOMPLETA !

**Anterior** **Próximo**



**5 – ABA DADOS DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A)** – Possui companheiro (a) /cônjugue? 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 Cônjugue Ausente**” e clicar no botão “**Próximo**”.

SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB



[Sair](#)

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

Dados do Cônjuge/Companheiro(a)  
Os campos com asterisco (\*) são obrigatórios.

32  Possui Companheiro ou Cônjuge? (\*)  Sim  Não

33  CPF(\*)

[Anterior](#) [Próximo](#)

Status do Cadastro: INCOMPLETA 

© 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 Espinal (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.

! São considerados dependentes pessoas que vivem total ou parcialmente às expensas de outra.

<b>52</b> Nome <span style="color: red;">(*)</span>	<b>53</b> CPF <span style="color: red;">(*)</span>	<b>54</b> Dt. Nasc. <span style="color: red;">(*)</span>	<b>55</b> Parentesco <span style="color: red;">(*)</span>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>56</b> Valor Renda	<input type="text"/>		
<b>57</b> Possui Deficiência? <span style="color: red;">(*)</span>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>58</b> Possui doença rara, crônica e degenerativa, tais como: Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Doença de Huntington, Distrofias Musculares, Atrofia Muscular Espinal (AME) ou outra? <span style="color: red;">(*)</span>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>59</b> Possui doença oncológica(câncer)? <span style="color: red;">(*)</span>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>60</b> Possui microcefalia? <span style="color: red;">(*)</span>	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
<b>61</b> Tipo de Raça/Cor <span style="color: red;">(*)</span>	<input type="text"/> Selecione uma Raça/Cor		

Listagem de Dependentes:

Ações	Nome	CPF	Dt. Nasc.	Parentesco	Valor Renda	CID Deficiência	CID Doença Crônica	CID Doença Oncológica	CID Microcefalia	Tipo de Raça/Cor
<a href="#">Excluir</a>										

[Anterior](#)      [Próximo](#)

## 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	Cônjugue / 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 (*)	<input type="text" value="88.888-000"/>	OK Consulte seu CEP.
69 Logradouro (*)	<input type="text"/>	
70 Número (*)	71 Complemento	
72 Bairro (*)	73 Município (*)	UF Treinamento GO

- 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 (Inca), 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:

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

[Anterior](#)

[Próximo](#)

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