

ANEXO IV
Declaração de União Estável

Nome:

CPF:	Identidade Nº:
Estado Civil:	Profissão:

E sua (seu) companheira (o):

CPF:	Identidade Nº:
Estado Civil:	Profissão:

Residentes e domiciliados na Rua\Av. _____, Cidadao e _____, Estado de _____, juridicamente capazes, DECLARAMOS, cientes das penalidades legais, que convivemos em **UNIÃO ESTÁVEL** desde ____/____/____, de natureza familiar, pública e duradoura com o objetivo de constituição da família nos termos dos artigos 1723 e seguintes do Código Civil. Assim sendo, por ser o aqui declarado a mais pura expressão da verdade, assinamos esta Declaração para que surta seus efeitos legais.

Local e Data

Nome

Companheiro (a)

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

ANEXO V
AUTODECLARAÇÃO DE MORADIA

Eu, _____ portado
r(a) do documento de identidade nº _____ expedido pelo órgão
_____ e inscrito no CPF sob o nº _____, residente à _____

Declaro que moro no endereço acima na seguinte condição:

Alugado

Emprestado

Cedido

Coabitado (são os casos em que 2 (duas) ou mais famílias partilham da mesma unidade habitacional por ocasião das condições socioeconômicas)

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no Art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

“**Art. 299** - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir Declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, de quinhentos mil réis a cinco contos de réis, se o documento é particular”.

Obs.: Juntamente a esta declaração é obrigatório o envio de um comprovante de residência no mesmo endereço citado acima.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do declarante

ANEXO VI
LAUDO MÉDICO
PROGRAMA PRA TER ONDE MORAR

O Laudo Médico deverá ser digitalizado e anexado (upload), em formato PDF, dentro do prazo previsto no Edital nº _____.

Todos os dados solicitados no Laudo Médico deverão ser rigorosamente preenchidos. O não atendimento às solicitações poderá implicar em prejuízos ao(à) candidato(a).

O(a) candidato _____, portador(a) do documento de identificação nº _____, CPF nº _____, telefone _____, foi submetido(a), nesta data, a exame clínico, sendo identificada a existência de deficiência de conformidade com o Decreto n.º 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e suas alterações posteriores; com o art. 5º do Decreto Federal n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004; com a Lei n.º 14.126, de 22 de março de 2021; com o parágrafo 1º da Lei Federal n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista); com o art. 2º da Lei Federal n.º 13.146, de 6 de julho de 2015.

ASSINALE, A SEGUIR, O TIPO DE DEFICIÊNCIA DO(A) CANDIDATO(A)

() DEFICIÊNCIA FÍSICA*

1. () Paraplegia	6. () Tetraparesia	11. () Amputação ou Ausência de Membro
2. () Paraparesia	7. () Triplegia	12. () Paralisia Cerebral
3. () Monoplegia	8. () Tri paresia	13. () Membros com deformidade congênita ou adquirida
4. () Monoparesia	9. () Hemiplegia	14. () Ostomias
5. () Tetraplegia	10. () Hemiparesia	15. () Nanismo

*Exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. O(A) candidato(a) com deficiência física deverá apresentar exames comprobatórios que comprovem a deficiência, realizado até 12 (doze) meses anteriores ao último dia das inscrições.

() **DEFICIÊNCIA AUDITIVA***: perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma, nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz.

() DEFICIÊNCIA VISUAL*

() **Cegueira** - acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

() **Baixa visão** - acuidade visual entre 0,3 (20/66) e 0,05 (20/400) no melhor olho, com a melhor correção óptica.

() **Visão monocular** - visão normal em um olho e cegueira no olho contralateral com acuidade visual igual ou menor que 0,05 (20/400), com a melhor correção óptica.

() **Campo visual** - em ambos os olhos forem iguais ou menores que 60°.

() A ocorrência simultânea de quaisquer das situações anteriores.

() **DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL*** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. () Comunicação	3. () Habilidades sociais	5. () Saúde e segurança	7. () Lazer
--------------------	----------------------------	--------------------------	--------------

**ANEXO VII
TERMO DE DESISTÊNCIA**

Eu,

_____ (nome do titular), inscrito (a) no CPF: _____, _____ (estado civil), e _____ (nome do cônjuge, se houver), inscrito (a) no CPF: _____, _____ (estado civil), residentes e domiciliados à _____ (endereço) realizei(amos) cadastro para o Empreendimento _____, no município de _____, nos termos do Edital ____/20__ da AGEHAB, venho/viemos expressar minha/nossa decisão de desistir do benefício habitacional do programa PRA TER ONDE MORAR / CONSTRUÇÃO - “**CRÉDITO PARCERIA**” – **CONTRAPARTIDA SOCIAL – UNIDADE HABITACIONAL MOBILIADA**” e autorizo/autorizamos a substituição por outro beneficiário do cadastro reserva.

Esclareço/Esclarecemos ter/termos ciência de que essa decisão implica na minha/nossa exclusão do quadro de beneficiários desse Programa Habitacional.

Declaro/Declaramos estar/estarmos ciente da decisão acima tomada.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Titular do Cadastro:

(NOME DO TITULAR E CPF)

Assinatura do Cônjuge OU Companheiro do Cadastro:

(NOME DO CONJUGE ou Companheiro E CPF)