

**ANEXO II**  
**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. \_\_\_\_\_, Ciudad 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)**  
**(Reconhecer Firma Em Cartório Do Declarante) (Reconhecer Firma Em Cartório Do Declarante)**

**Testemunhas:**

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

**ANEXO III**  
**AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ expedido pelo órgão \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_; DECLARO para os devidos fins que se fizerem necessários que moro no imóvel situado à \_\_\_\_\_, Nº \_\_\_\_\_, Qd. \_\_\_\_\_, Lt. \_\_\_\_\_, Setor \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_.

Informo que este imóvel é:

- 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 candidato

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Ente Público

Nome: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Prefeitura de \_\_\_\_\_

**ANEXO IV**  
**LAUDO MÉDICO**  
**PROGRAMA PRA TER ONDE MORAR – CASA A CUSTO ZERO**

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. 5.º 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. ( ) Triparesia	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 INTELECTUAL\*** 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
2. ( ) Cuidado pessoal	4. ( ) Utilização dos recursos	6. ( ) Habilidades acadêmicas	8. ( ) Trabalho



**ANEXO V**  
**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 \_\_\_\_/2024 da AGEHAB, venho/viemos expressar  
minha/nossa decisão de desistir do benefício habitacional do programa PRA TER ONDE MORAR  
/ CONSTRUÇÃO - ``CASAS A CUSTO ZERO`` 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)