



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

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 (Reconhecer Firma Em Cartório Do Declarante)	_____ Companheiro (a) (Reconhecer Firma Em Cartório Do Declarante)
---	--

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

ANEXO III
DECLARAÇÃO DA CONDIÇÃO DA MORADIA

Eu, _____ portado
r(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 sou o proprietário do 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)

ao (à)

_____ port
ador(a) do documento de identidade nº _____ expedido pelo
órgão _____ e inscrito no CPF sob o nº _____.

Assumo total responsabilidade pelas informações citadas acima, sujeitando-me às sanções
civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do declarante
(RECONHECER FIRMA DO DECLARANTE EM CARTÓRIO)



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

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.



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

() **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 da comunidade	6. () Habilidades acadêmicas	8. () Trabalho

() **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA*** associação de duas ou mais eficiências:

() **TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA*** deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento; padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID): _____

DESCRIÇÃO DETALHADA DA DEFICIÊNCIA o(a) médico(a) deverá descrever a espécie e o grau ou o nível da deficiência, bem como a sua provável causa, com letra legível, com expressa referência ao código correspondente da CID:

_____ (cidade), __/__/____

Assinatura, carimbo e CRM do(a) médico(a)



ESTADO DE GOIÁS
AGENCIA GOIANA DE HABITAÇÃO S/A

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)