

ORIENTAÇÕES PARA EFETUAR A INSCRIÇÃO PROGRAMA CASAS A CUSTO ZERO

Para iniciar a inscrição tenha em mão os seguintes documentos pessoais:

DO TITULAR:

- Documento de Identidade e CPF;
- Comprovante de Endereço;
- Comprovante do Estado Civil;
- Comprovante de Renda;

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 VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA (se houver):

- Se for se inscrever para a cota de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar, deverá apresentar obrigatoriamente os 03 (três) documentos abaixo:
- Boletim de Ocorrência, expedido pelo Distrito Policial, competente;
- Sentença condenatória da ação penal (decisão definitiva e terminativa do processo, acolhendo a imputação formulada pela acusação) instaurada em face do agressor e emitida pelo Poder Judiciário;
- Relatório elaborado por Assistente Social, conforme artigo 2º da Lei 21.525/2022, exigidos de forma cumulativa.


PREENCHIMENTO DOS DADOS NO CADASTRO ON-LINE

De posse da documentação do pretense beneficiário, o atendente irá fazer o preenchimento dos dados no sistema, disponível no site: <www.agehab.go.gov.br>, seguindo as seguintes orientações:

1 - Na primeira tela, a atendente preencherá os campos com o nº de “CPF”, “Data de Nascimento”, “Município da Moradia Atual” do titular, “Tipo de Benefício / Programa” (marcar em Moradia / Imóvel Próprio).



Cadastro On-Line

 [Download do Manual do Usuário](#) [Consultar Dados](#)


Informe o seu CPF


Informe a sua Data de Nascimento

Informe o Município de sua Moradia Atual

Tipo de Benefício / Programa

Aluguel Social Moradia / Imóvel Próprio




Atualizar Captcha
Informe o código que você está vendo.

[Entrar](#)

AGEHAB - Agência Goiana de Habitação - Versão 3.2.0.0

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

Autorizo nos termos da resolução BACEN nº 2.724 em 31.05.2000, a AGEHAB/CAIXA a consultar as informações consolidadas, relativas a minha pessoa, constantes do Sistema Central de Risco de Crédito BACEN.

Autorizo, ainda, a CAIXA a fornecer informações sobre as operações de crédito com ela realizadas, no sentido de compor o cadastro do já citado Sistema.

Os presentes dados são verdadeiros e visam facilitar os processos de negociação e transações comerciais, pela antecipação de informações a meu respeito.



Autorizo o arquivamento dos meus dados pessoais e de idoneidade na SERASA, SPC, CADMUT e CADIN, que poderá deles se utilizar, respeitadas as disposições legais em vigor. AUTORIZO à AGEHAB, com referência a todos os integrantes do presente cadastro, a efetuar pesquisa cadastral junto ao DETRAN, CELG, SANEAGO, FGTS, RECEITA FEDERAL, SECRETARIA ESTADUAL DA FAZENDA, CARTÓRIOS DE REGISTRO DE IMÓVEIS e, ainda, junto a quaisquer outros Órgãos ou Entidades que se façam necessárias.

O Programa Auxílio-Moradia assistirá pessoas ou famílias com inscrição atualizada e ativa no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal no município de Aparecida de Goiânia, durante toda a vigência do programa, desde que sejam observados as seguintes condições gerais:

- Maiores de dezoito anos ou emancipados;
- Comprovação de domicílio no município por período de no mínimo 3 (três) anos;
- Frequência às aulas de 75%, no caso de os estudantes universitários da UEG e de beneficiários do PROBEM.




Declaro que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras, incorrendo em crime de falsidade ideológica, caso não sejam comprovadas.

Este cadastro não garante a concessão do benefício. O cadastro será cancelado no caso de informações não verdadeiras.


 **Não Concordo**  **Concordo**

3 – ABA EMPREENDIMENTO - Na próxima tela, deverá preencher para qual empreendimento o pretendo 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"/>	TREINAMENTO	TREINAMENTO	15/11/2021 06:00:00	25/12/2023 00:00:00	

4 - 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 (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.
- **Campo (XX): “Possui CadÚnico”** preencher se possui ou não, se possuir é necessário informar o número do NIS;
- **Campo (09): “Reside no Munic. Desde”** Preencher este campo desde que ano o proponente reside no Município da sua moradia.
- **Campo (10): “Possui vínculo com o município do Empreendimento?”** Preencher “Sim” ou “Não”. Se responder “Sim” informar desde que ano o proponente tem vínculo com o município de Goiânia.
- **Campo (11): “E-mail”** preencher conforme declaração do proponente; O preenchimento deste campo não é obrigatório.
- **Campo (12): “Tipo de Nacionalidade”** preencher conforme declaração do proponente;
- **Campo (13): “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;**
- **Campo (14): “Possui doença Crônica”,** 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;
- **Campo (15): “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 (XX): “Estudante da Universidade Estadual de Goiás – UEG? ”,** preencher “Sim” ou “Não”;
- **Campo (XX): “Beneficiário do Programa Universit. do Bem – PROBEM?”,** preencher “Sim” ou “Não”;

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 CadÚnico? (*) Sim Não

Deve ter cadastro no CADÚNICO no município. Preencher o campo NIS

É obrigatório ter inscrição atualizada no CADASTRO ÚNICO no município. Caso não possua o cadastro no CADÚNICO no município, providenciar o cadastro no CRAS (Centro de Referência Assistência Social) da sua região.

09 Reside Município desde - Ano (*) ?

Preencher este campo desde que ano o proponente reside no município da sua moradia.

Se o proponente for sorteado(a), deve estar ciente de que deverá apresentar um dos documentos relacionados abaixo, de um dos membros da família:

- Conta de água, energia ou telefone com data de emissão no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário no município do empreendimento/Programa;
- Contrato de aluguel com reconhecimento de firma em Cartório do Município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de vínculo mínimo necessário;
- Correspondência bancária em nome do candidato ou companheiro/cônjuge com data de emissão no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário, recebida no município do empreendimento/programa;
- Histórico escolar em nome de filhos ou titular ou companheiro informando que estudou no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de vínculo mínimo necessário;
- Título de Eleitor, comprovante de votação ou Certidão de Quitação Eleitoral, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário, informando que o domicílio eleitoral do candidato ou do companheiro/cônjuge é o município do empreendimento/programa.

10 Possui Vínculo com o Município do Empreendimento desde - Ano (*) ?

Preencher este campo desde que ano o proponente tem vínculo com o município do empreendimento/programa.

Por exemplo: reside em Trindade, mas trabalha em Goiânia e tem como provar através da carteira de trabalho. Ou seja, este cidadão não reside no município de Goiânia, mas comprova vínculo com o município de Goiânia.

Se o proponente for sorteado(a), deve estar ciente de que deverá apresentar um dos documentos relacionados abaixo, de um dos membros da família:

- Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) com contrato de trabalho do candidato ou do companheiro/cônjuge registrado em empresa do município do empreendimento/Programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Certidão de nascimento de filhos ou Certidão de casamento ocorridos e registrados no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Fatura dos Serviços ou Histórico de Fornecimento de Água, de energia elétrica ou IPTU em nome do titular ou companheiro/cônjuge emitido no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Histórico/declaração escolar do candidato, companheiro/cônjuge ou de filhos em escolas/faculdades do município comprovando que estudou no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Relatório com histórico de Consultas Médicas do candidato ou do companheiro/cônjuge constando carimbo e assinatura do médico em todas as consultas no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Título de Eleitor, comprovante de votação ou Certidão de Quitação Eleitoral, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário, informando que o domicílio eleitoral do candidato ou do companheiro/cônjuge é o município do empreendimento/programa;
- Outros documentos poderão ser aceitos, desde que sejam emitidos por órgão oficial, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário no município do empreendimento/Programa, em que conste o endereço e nome do candidato ou companheiro/cônjuge.

11 E-mail **12** Tipo de Nacionalidade (*)

13 Possui Deficiência? (*) Sim Não

14 Possui Doença Crônica? (*) Sim Não

15 Emancipado? Sim Não

Estudante da Universidade Estadual de Goiás – UEG? (*) Sim Não

Beneficiário do Programa Universit. do Bem – PROBEM? (*) Sim Não

Anterior

Próximo

5 – ABA DADOS DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO (A) – 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

AGEHAB SEDI GOIÁS

Sair

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

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

Status do Cadastro: INCOMPLETA

16 CPF(*)

Se possuir cônjuge/companheiro, deverá preencher os campos:

- **Campo (17): “Nome”** preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (18): “Data de Nascimento”** preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (19): “Gênero”** preencher conforme declaração;
- **Campo (20): “Estado Civil”** preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (22): “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 (21): “Renda Bruta (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.
- **Campo (24): “Reside no Munic. Desde”** Preencher este campo desde que ano o proponente reside no Município da sua moradia.
- **Campo (25): “Possui vínculo com o município do Empreendimento?”** Preencher “Sim” ou “Não”. Se responder “Sim” informar desde que ano o proponente tem vínculo com o município de Goiânia.
- **Campo (26): “Tipo de Nacionalidade”** preencher conforme declaração do proponente;
- **Campo (27): “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**;
- **Campo (28): “Possui doença Crônica”,** 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;
- **Campo (XX): “Estudante da Universidade Estadual de Goiás – UEG? ”,** preencher “Sim” ou “Não”;
- **Campo (XX): “Beneficiário do Programa Universit. do Bem – PROBEM?”,** preencher “Sim” ou “Não”;

Empreendimento/Programa

Dados Pessoais

Cônjuge/Companheiro(a)

Dependentes

Outras Informações

Comprovante

Dados Pessoais

Status do Cadastro: INCOMPLETA 

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\$) (*)

Possui CadÚnico? (*) Sim Não Deve ter cadastro no CADÚNICO no município. Preencher o campo NIS

É obrigatório ter inscrição atualizada no CADASTRO ÚNICO no município. Caso não possua o cadastro no CADÚNICO no município, providenciar o cadastro no CRAS (Centro de Referência Assistência Social) da sua região.


09 Reside Município desde - Ano (*)

 Preencher este campo desde que ano o proponente reside no município da sua moradia.

Se o proponente for sorteado(a), deve estar ciente de que deverá apresentar um dos documentos relacionados abaixo, de um dos membros da família:

- Conta de água, energia ou telefone com data de emissão no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário no município do empreendimento/Programa;
- Contrato de aluguel com reconhecimento de firma em Cartório do Município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de vínculo mínimo necessário;
- Correspondência bancária em nome do candidato ou companheiro/cônjuge com data de emissão no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário, recebida no município do empreendimento/programa;
- Histórico escolar em nome de filhos ou titular ou companheiro informando que estudou no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de vínculo mínimo necessário;
- Título de Eleitor, comprovante de votação ou Certidão de Quitação Eleitoral, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário, informando que o domicílio eleitoral do candidato ou do companheiro/cônjuge é o município do empreendimento/programa.

25 Possui Vínculo com o Município do Empreendimento desde - Ano (*)

 Preencher este campo desde que ano o proponente tem vínculo com o município do empreendimento/programa.

Por exemplo: reside em Trindade, mas trabalha em Goiânia e tem como provar através da carteira de trabalho. Ou seja, este cidadão não reside no município de Goiânia, mas comprova vínculo com o município.

Se o proponente for sorteado(a), deve estar ciente de que deverá apresentar um dos documentos relacionados abaixo, de um dos membros da família:

- Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) com contrato de trabalho do candidato ou do companheiro/cônjuge registrado em empresa do município do empreendimento/Programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Certidão de nascimento de filhos ou Certidão de casamento ocorridos e registrados no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Fatura dos Serviços ou Histórico de Fornecimento de Água, de energia elétrica ou IPTU em nome do titular ou companheiro/cônjuge emitido no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Histórico/declaração escolar do candidato, companheiro/cônjuge ou de filhos em escolas/faculdades do município comprovando que estudou no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Relatório com histórico de Consultas Médicas do candidato ou do companheiro/cônjuge constando carimbo e assinatura do médico em todas as consultas no município do empreendimento/programa, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário;
- Título de Eleitor, comprovante de votação ou Certidão de Quitação Eleitoral, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário, informando que o domicílio eleitoral do candidato ou do companheiro/cônjuge é o município do empreendimento/programa;
- Outros documentos poderão ser aceitos, desde que sejam emitidos por órgão oficial, no ANO que comprove o tempo de VÍNCULO mínimo necessário no município no empreendimento/Programa, em que conste o endereço e nome do candidato ou companheiro/cônjuge.

26 Tipo de Nacionalidade (*)

27 Possui Deficiência? (*) Sim Não28 Possui doença crônica? (*) Sim Não Estudante da Universidade Estadual de Goiás – UEG? (*) Sim Não Beneficiário do Programa Universit. do Bem – PROBEM? (*) Sim Não

Anterior

Próximo

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

- **Campo (28):** “Nome” preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (29):** “CPF” (campo obrigatório) preencher conforme CPF do dependente
- **Campo (30):** “Dt. Nascimento” preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (31):** “Grau de Parentesco” preencher conforme documento apresentado;
- **Campo (32):** “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).

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


SICAP - Sistema de Cadastro AGEHAB

AGEHAB Agência Brasileira de Habitação | SEDI Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Planejamento | GOIÁS GOIÁS GOIÁS


Sair

Empreendimento/Programa | Dados Pessoais | **Cônjuge/Companheiro(a)** | Dependentes | Outras Informações | 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.

29 Nome (*)

30 CPF (*) **31** Dt. Nasc. (*) **32** Parentesco (*) **33** Valor Renda

34 Possui Deficiência? (*) Sim Não

35 Possui doença crônica? (*) Sim Não

Estudante da Universidade Estadual de Goiás – UEG? (*) Sim Não

Beneficiário do Programa Universit. do Bem – PROBEM? (*) Sim Não

Salvar Dependente

Listagem de Dependentes:

Ações	Nome	CPF	Dt. Nasc.	Parentesco	Valor Renda	CID Deficiência	CID Doença Crônica	Estudante UEG	PROBEM
-------	------	-----	-----------	------------	-------------	-----------------	--------------------	---------------	--------

Anterior **Próximo**

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

- **Campo (36):** “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 (37):** “Estado Civil do Casal” preencher conforme estado civil do casal;
- **Campo (38, 39, 40 e 41):** “Dados de contato” preencher com os telefones fornecidos pelo proponente;
- **Campo (42):** “Beneficiário em Programas Sociais” preencher se o proponente é beneficiário de algum programa social e qual;
- **Campo (43):** “Tem Interesse em adquirir casa financiada” preencher conforme declaração da proponente.

Empreendimento/Programa

Dados Pessoais

Cônjuge/Companheiro(a)

Dependentes

Outras Informações

Comprovante

Outras Informações

Os campos com asterisco (*) são obrigatórios.

Status do Cadastro: INCOMPLETA



Dados referentes ao(s) Participante(s):

36 Casal Juntos Desde (*)

37 Estado Civil do Casal (*)

Dados de Contato: (*)

Necessário informar ao menos um número de telefone para contato.

38 Fone Celular (*)

39 Fone Residencial

40 Fone Comercial

41 Fone Recado

42 Beneficiário em Programas Sociais Atualmente:

 Aluguel Social Benefício de prestação Continuada (BPC) Bolsa Escola Bolsa Família

Tem Interesse em adquirir casa financiada:

Possui interesse em financiar casa com o valor de prestação de até 30% da sua renda familiar

43 Possui Interesse? (*)

 Sim Não

- Campo (44): “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.

43 Mulher Responsável pela família? (*)

 Sim Não

- Campo (45, 46, 47, 48, 49 e 50): “Dados do Endereço” preencher conforme comprovante de endereço apresentado (Digite o CEP e clique em OK, depois preencha o restante do endereço);

- Campo (51): “Onde você mora possui:” preencher conforme declaração do proponente;

Dados do Endereço:

45 CEP (*)
74.000-000 Consulte seu CEP.

46 Logradouro (*)
...

47 Número (*) 48 Complemento

49 Bairro (*) 50 Município (*) GOIANIA UF GO

51 Onde você mora possui:

<input type="checkbox"/> Luz Elétrica	<input type="checkbox"/> Coleta de Lixo
<input type="checkbox"/> Água Encanada	<input type="checkbox"/> Banheiro
<input type="checkbox"/> Rua Pavimentada	<input type="checkbox"/> Até duas pessoas por dormitório
<input type="checkbox"/> Iluminação Pública	<input type="checkbox"/> Esgoto

- Campo (52): **“Mora em área de risco declarada pela defesa civil?”** Se for preenchido com a opção “SIM”, deverá ser declarado qual o tipo de área de risco.
- Campo (53): **“Mora em área insalubre declarada pela defesa civil?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (54): **“Família de Desabrigada declarada pela Defesa Civil?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (XX): **“Moradia Improvisada?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (XX): **“Está com 75% da Renda Comprometida com Endividamento?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (XX): **“Tem a Renda Familiar Comprometida com Dívidas Formais?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (XX): **“Está Cadastrado em Programas Sociais do Estado de Goiás?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (XX): **“É Vítima de Violência Doméstica e Familiar ou Assistida por Medida Protetiva?”** Preencher com SIM ou NÃO. Se for preenchida SIM a famílias deverá apresentar TODOS DOCUMENTOS listados abaixo:
 - 1 - Boletim de Ocorrência, expedido pelo Distrito Policial; e
 - 2 - sentença condenatória da ação penal instaurada em face do agressor e emitida pelo Poder Judiciário; e
 - 3 - relatório elaborado por Assistente Social, exigidos de forma cumulativa, nos casos de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, nos termos da Lei 21.525/2022.
- Campo (XX): **“Perdido o Financiamento Imobiliário em Virtude do NÃO Pagamento das Parcelas?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (XX): **“Pleiteou a Doação de Imóvel de Programa Habitacional no Estado de Goiás?”** Preencher com SIM ou NÃO.
- Campo (55, 56 e 57): **“Dados referentes à Moradia”** preencher com o valor pago de aluguel, o material da moradia atual, e a condição de moradia conforme declaração da proponente.

52 Mora em área de risco declarada pela defesa civil? (*) Sim Não

ⓘ Somente serão considerados como área de risco os cadastros que apresentarem **LAUDO** da Defesa Civil.

Áreas de risco são áreas consideradas impróprias para o assentamento humano por estarem sujeitas a riscos naturais ou decorrentes de intervenção humana e declaradas pela Defesa Civil.

- Alagamento, inundações
- Áreas de segurança de portos, aeroportos, rodovias, ferrovias
- Barrancos ou encostas sujeitas a desmoronamento
- Erosões ou solapamentos
- Lixões, áreas contaminadas ou poluídas
- Sob rede elétrica de alta tensão

53 Mora em área insalubre declarada pela defesa civil? (*) Sim Não

54 Família Desabrigada declarada pela Defesa Civil? (*) Sim Não

55 Moradia Improvisada? (*) Sim Não

56 Está com 75% da Renda Comprometida com Endividamento? (*) Sim Não

57 Tem a Renda Familiar Comprometida com Dívidas Formais? (*) Sim Não

58 Está Cadastrado em Programas Sociais do Estado de Goiás? (*) Sim Não

59 É Vítima de Violência Doméstica e Familiar ou Assistida por Medida Protetiva? (*) Sim Não

ⓘ Somente serão considerados como "Vítima de Violência Doméstica e Familiar ou Assistida por Medida Protetiva" os cadastros que apresentarem **documentos comprobatórios**.

- 1 - Boletim de Ocorrência, expedido pelo Distrito Policial; ou
- 2 - sentença condenatória da ação penal instaurada em face do agressor e emitida pelo Poder Judiciário; ou
- 3 - relatório elaborado por Assistente Social, exigidos de forma cumulativa, nos casos de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica, nos termos da Lei 21.525/2022.

Sim Não

60 Perdido o Financiamento Imobiliário em Virtude do NÃO Pagamento das Parcelas? (*) Sim Não

61 Pleiteou a Doação de Imóvel de Programa Habitacional no Estado de Goiás? (*) Sim Não

Dados referentes a Moradia:

55 Valor Aluguel

56 Material da Moradia Atual (*)

57 Condição de Moradia (*)

Anterior

Finalizar Inscrição

CLICANDO EM FINALIZAR INSCRIÇÃO será gerado um número de inscrição, e a inscrição está finalizada.