

Grau de sigilo
Público

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(A)(S)

1. Dados Pessoais do Responsável Familiar

Nome completo (sem abreviações)
TESTE 4 EM PRODUÇÃO 06/12

Data de nascimento 22/ 22 /2222	Sexo 2 1 - Masculino 2 - Feminino	Nacionalidade 3 1 - Brasileira 3 - Estrangeira 2 - Brasileira Naturalizado	Naturalidade UF Município SS SSSS
------------------------------------	--	---	--

Nome da Mãe
TES1

Tipo de documento de identificação (RG, CNH, CTPS, etc) CPF	Nº / Série do documento 352.453.453-45	Sigla do órgão emissor 2	UF SS	Data da expedição 22/ 22 /2222
--	---	-----------------------------	----------	-----------------------------------

Nº PIS/NIS/PASEP SSS	CPF 352.453.453-45	Profissão DWDD
-------------------------	-----------------------	-------------------

Endereço 11SSSS	N.º do lote/apt S13
--------------------	------------------------

Complemento XDC	Bairro	Município CCCC	UF CC	CEP 11111-1111
--------------------	--------	-------------------	----------	-------------------

Telefones de contato

Fixo (DDD Número) (14) 1341-4133	Móvel (DDD Número)	Recado (DDD Número)
-------------------------------------	--------------------	---------------------

1.1 Estado Civil

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 – Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> 5 – Casado(a) Separação Total de Bens |
| <input type="checkbox"/> 2 – Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> 6 – Casado(a) Comunhão Parcial de Bens |
| <input type="checkbox"/> 3 – Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> 7 – Casado(a) Comunhão Total de Bens |
| <input type="checkbox"/> 4 - União Estável/Outros | |

1.2 Grau de Instrução

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 – Fundamental 1 Completo | <input type="checkbox"/> 6 – Ensino Médio Incompleto |
| <input type="checkbox"/> 2 – Fundamental 1 Incompleto | <input type="checkbox"/> 7 – Ensino Superior Completo |
| <input type="checkbox"/> 3 – Fundamental 2 Completo | <input checked="" type="checkbox"/> 8 – Ensino Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> 4 – Fundamental 2 Incompleto | <input type="checkbox"/> 9 – Analfabeto |
| <input type="checkbox"/> 5 – Ensino Médio Completo | |

1.3 Renda Comprovada:

CNPJ/CPF da Fonte Pagadora 55.555.555/5555-55		Data de Admissão 55 / 55 / 5555
Valor da Renda Bruta R\$55.55	Valor da Renda Líquida R\$4.35	Mês de Referência da Renda SETEMBRO

1.4 Renda Declarada:

Data início da renda / /	Valor da Renda Líquida R\$0	Mês de Referência da Renda
-----------------------------	--------------------------------	----------------------------

1.5 Recebe BPC – Benefício de Prestação Continuada?

☐ SIM ☒ NÃO

1.6 É participante do Programa Bolsa Família?

☐ SIM ☒ NÃO

1.7 Preencher se menor de 18 anos

☐ 1 – Menor emancipado

☐ 2 – Menor assistido

1.8 Preencher se menor assistido

Dados do Tutor

Nome WDWDDW	CPF 22222222222
----------------	--------------------

2. Dados Pessoais do Cônjuge

Nome completo (sem abreviações) FWGSDF

Data de nascimento 25 / 42 / 5452	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino	Nacionalidade 3 1 - Brasileira 3 - Estrangeira 2 - Brasileira Naturalizado	Naturalidade UF Município SD DFSDF
--------------------------------------	---	--	--

Nome da Mãe TEST2

Nº carteira identidade	Sigla órgão emissor	UF	Data da expedição / /	Nº PIS/NIS/PASEP
------------------------	---------------------	----	--------------------------	------------------

CPF	Profissão
-----	-----------

Telefones de contato Fixo (DDD Número)	Móvel (DDD Número)	Recado (DDD Número)
---	--------------------	---------------------

2.1 Estado Civil☐ 1 – Solteiro(a)☐ 5 – Casado(a) Separação Total de Bens☐ 2 – Divorciado(a)☐ 6 – Casado(a) Comunhão Parcial de Bens☐ 3 – Viúvo(a)☐ 7 – Casado(a) Comunhão Total de Bens☐ 4 – União Estável/Outros**2.2 Grau de Instrução**☐ 1 – Fundamental 1 Completo☐ 6 – Ensino Médio Incompleto☐ 2 – Fundamental 1 Incompleto☐ 7 – Ensino Superior Completo☐ 3 – Fundamental 2 Completo☐ 8 – Ensino Superior Incompleto☐ 4 – Fundamental 2 Incompleto☐ 9 – Analfabeto☐ 5 – Ensino Médio Completo**2.3 Renda Comprovada:**

CNPJ/CPF da Fonte Pagadora	Data de Admissão / /
----------------------------	-------------------------

Valor da Renda Bruta	Valor da Renda Líquida	Mês de Referência da Renda
----------------------	------------------------	----------------------------

2.4 Renda Declarada:

Data início da renda / /	Valor da Renda Líquida	Mês de Referência da Renda
-----------------------------	------------------------	----------------------------

2.5 Recebe BPC – Benefício de Prestação Continuada?☐ SIM ☐ NÃO**2.6 É participante do Programa Bolsa Família?**☐ SIM ☐ NÃO**2.5 Preencher se menor de 18 anos**☐ 1 – Menor emancipado☐ 2 – Menor assistido**2.6 Preencher se menor assistido****Dados do Tutor**

Nome	CPF
------	-----

3. Dados complementares**3.1 Cônjuge Ausente:**☐ SIM ☐ NÃO**3.2 Preencher se houver pessoa com deficiência no grupo familiar**

Nome da(s) pessoa(s) com deficiência	CID (Classificação Internacional de Doenças)

3.3 Será necessário promover adequação no imóvel pretendido?☐ SIM ☐ NÃO**3.4 Para qual deficiência?**☐ 1 – Física☐ 5 – Auditiva☐ 2 – Visual☐ 6 – Nanismo☐ 3 – Intelectual**4. Declarações**

Para fins de inscrição junto ao Programa Habitacional de Interesse Social, declaro(amos) que:

- Possuo(imos) renda familiar até:

a) PMCMV - FAR

☐ R\$ 2.640,00;☐ R\$ 3.600,00 e estou(amos) enquadrado(s) na condição de Calamidade Pública/Situação de Emergência ou operações PMCMV vinculadas ao PAC – Programa de Aceleração do Crescimento.

b) PMCMV-E (FDS)

☐ R\$ 2.640,00;☐ Entre R\$ 2.640,01 a R\$ 4.400,00, serão admitidas em cada empreendimento até 10% de famílias nesta faixa de renda.

- A renda bruta mensal do Grupo Familiar é de R\$ _____ (_____) (Valor por extenso)
- Autorizo/autorizamos a CAIXA a realizar pesquisas nos sistemas/cadastros nacionais e corporativos previstos na legislação vigente, para fins de enquadramento do grupo familiar às regras do Programa.
- Não sou/somos proprietário(s), cessionário(s), usufrutuário(s), arrendatário(s) ou promitente(s) comprador(es) de imóvel residencial urbano ou rural no local de domicílio nem onde pretende(mos) fixá-lo, e não participo(amos) de qualquer programa de financiamento, parcelamento imobiliário e/ou arrendamento; em qualquer localidade do país;
- Não fui/fomos beneficiado(s) em qualquer época com subsídios diretos ou indiretos provenientes de recursos orçamentários da União e/ou dos Fundos Habitacionais FAR, FDS, FGTS e FNHIS para aquisição de moradia;

- Tenho/temos ciência de que o imóvel ora adquirido se destina a residência do(s) adquirente(s), não podendo alugá-lo ou cedê-lo;
- Tenho/temos ciência de que serei/seremos excluído(s) de qualquer outro programa similar caso seja(mos) beneficiado(s) com o PMCMV;
- Durante o período do parcelamento permitirei/permitiremos a fiscalização/vistoria do imóvel pelo Ente Público responsável por minha indicação ao Programa;
- Durante o período do parcelamento permitirei/permitiremos a vistoria do imóvel por representante CAIXA, devidamente identificado.

Declaro(amos) ainda que:

- As informações por mim(nós) prestadas sobre renda/faturamento e patrimônio são lícitas;
- Tenho(temos) ciência da Lei nº 9.613/98, que dispõe sobre os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores com as alterações introduzidas, e dos arts. 297, 298 e 299 do Código Penal.

Autorizo(amos) a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL:

- Nos termos das Resoluções BACEN nº 3.920/10 e 4.571/17:
 - ✓ A consultar as informações consolidadas a respeito das operações de crédito e câmbio constantes em meu(nosso) nome no SCR - BACEN, gerido pelo Banco Central do Brasil, ou dos sistemas que venham a complementá-lo ou a substituí-lo;
 - ✓ A fornecer informações sobre as operações de crédito e câmbio por mim(nós) realizadas com a CAIXA, no sentido de compor o cadastro do SCR – BACEN;
 - ✓ Ao arquivamento dos meus(nossos) dados cadastrais.
 - ✓ A enviar em meu(nosso) telefone celular, mensagem de texto, por SMS ou quaisquer meios de comunicação, com conteúdo relacionado à Educação Financeira.
- Respeitadas as disposições legais em vigor:
 - ✓ A consulta e arquivamento dos meus(nossos) dados cadastrais e de idoneidade, nos serviços de proteção ao crédito com as quais a CAIXA mantém convênio firmado e que deles poderá se utilizar.

Estou(amos) ciente que:

- O SCR – BACEN é um cadastro que visa prover o BACEN de informações, para fins de monitoramento do crédito no sistema financeiro e para o exercício de suas atividades de fiscalização, e é utilizado para propiciar o intercâmbio de informações entre instituições financeiras, conforme art. 4º da Resolução BACEN nº 4.571/17, sobre o montante de responsabilidades de clientes em operações de crédito e de câmbio;
- Poderei(remos) ter acesso aos dados constantes em meu(nosso) nome no SCR por meio das Centrais de Atendimento ao Público do BACEN e/ou por meio do endereço <http://www.bcb.gov.br>;
- Os pedidos de correção e/ou exclusão quanto às informações constantes do SCR deverão ser dirigidos à instituição responsável pela remessa das informações ao BACEN, por meio de requerimento escrito e fundamentado, ou, quando for o caso, pela respectiva decisão judicial;
- O BACEN é autorizado a tornar disponíveis às Instituições que podem consultar o SCR - BACEN informações consolidadas sobre as minhas(nossas) operações de crédito e de câmbio, respeitadas as regras estabelecidas pelo próprio BACEN.

DECLARO(AMOS) suficientemente esclarecido(s) de que eventual falsidade nas informações prestadas nesta declaração configura **OS CRIMES DE FALSIDADE IDEOLÓGICA e ESTELIONATO**, previstos no Código Penal Brasileiro, ensejando o pedido de abertura do competente **INQUÉRITO POLICIAL** junto à Polícia Federal, bem como de que terei que devolver a totalidade do subsídio pelo qual fui(omos) diretamente ou indiretamente beneficiado(s), atualizado pela taxa média diária ajustada dos financiamentos apurados no Sistema Especial de Liquidação e de Custódia - SELIC, sob pena de inscrição nos cadastros restritivos, sem prejuízo das demais ações judiciais cabíveis.

_____, ____ de ____ de ____
Local/Data

Assinatura do BENEFICIÁRIO

Nome: _____

RG/CPF: _____

Assinatura do BENEFICIÁRIO

Nome: _____

RG/CPF: _____

Testemunhas

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

Alô CAIXA: 4004 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas) 0800 104 0104 (Demais Regiões)

SAC: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

caixa.gov.br