



Grau de sigilo

Público

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(A)(S)

1. Dados Pessoais do Responsável Familiar

Nome completo (sem abreviações)

CPF	Profissão

Endereço	N.º do lote/apt.

Complemento	Bairro	Município	UF	CEP

Telefones de contato (inclusive para recado)

Fixo (DDD Número)	Móvel (DDD Número)	

1.1 Cônjuge Ausente:

☐	SIM	
--------------------------	------------	--

1.2 Renda Declarada Atual:

Valor da Renda Líquida	

1.3 Preencher se menor de 18 anos:

☐	Menor emancipado	☐	Menor Assistido
--------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------



2. Dados Pessoais do Cônjuge

Nome completo (sem abreviações)

CPF	Profissão

2.1 Renda Declarada:

Valor da Renda Líquida	
------------------------	--

2.2 Preencher se menor de 18 anos:

☐	Menor emancipado	☐	Menor Assistido
--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------

3. Preencher se houver membro do grupo familiar com microcefalia, conforme Lei nº 13.985 de 07/04/2020 (Portaria MCID nº 1.440, de 26/12/2024).

Nome da pessoa com microcefalia	CPF

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\$ 2.850,00;

R\$ 4.700,00 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) Preencher caso o Estado Civil dos proponentes seja (Solteiro, Divorciado, Separado ou Viúvo):

() Mantemos união estável desde ____/____/____.

() Não mantemos união estável.

- 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.
- 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.

DECLARAMOS que o grupo familiar integra o *déficit* habitacional local.



Declaração de Beneficiário - Programa Minha Casa Minha Vida – Recursos FAR

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		Assinatura do BENEFICIÁRIO
Nome:		Nome:
RG/CPF:		RG/CPF:

Representante do Ente Público

Nome:
CPF:

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)
Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: caixa.gov.br/libras
WhatsApp CAIXA 0800 104 0104
Ouvidoria 0800 725 7474
caixa.gov.br