# EDITAL 001/2024

#  INSCRIÇÃO PARA O PROCESSO DE SELEÇÃO DE FAMÍLIAS PARA O PROGRAMA HABITACIONAL SC MAIS MORADIA – VARGEM/SC

O MUNICÍPIO DE VARGEM/SC ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIASOCIALEHABITAÇÃO,FAZ SABER QUE APARTIRDO **11 A 16 DE DEZEMBRO DE 2024**, ESTARÃO ABERTAS AS INSCRIÇÕES PARA O **PROGRAMA HABITACIONAL SC MAIS MORADIA**, POR MEIO DE CADASTRAMENTO JUNTO A SECRETÁRIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HABITAÇÃO.

# OBJETO:

* 1. **–** Oobjeto do presenteEdital éaaberturadeinscrições para aseleção defamílias interessadas na aquisição de casas, subsidiadas pelo Programa Habitacional do Estado de Santa Catarina em parceria com o Município de VARGEM/SC, para construção de residências, destinadas as candidatas que vivem em situação de vulnerabilidade social e extrema pobreza.
	2. **–**OMunicípiodeVARGEM/SC,assumeocompromissodedisponibilizar o loteamento para a construção das referidas moradias e organizar o processo de seleçãodecandidatos,assimcomo,elaboraroProjetodeExecuçãoeConstrução, dentro dos padrões estabelecidos pelos Conselhos e Empresas concessionárias competentes.

# DAS INSCRIÇÕES:

* 1. **–** Poderão se inscreverno Programa Habitacional SC MAIS MORADIA, as famílias que atendam aos critérios a seguir:
1. Famílias que recebam no máximo 03 (três) salários mínimo, sendo considerados os rendimentos de todos os membros familiares;
2. Famílias que residam no Município de Vargem/SC, por período NÃO inferior a 02 (dois) anos, anteriores a data da publicação do presente Edital.
3. Não ter sido, qualquer membro da família beneficiário de outro programa habitacional de concessão de casa e/ou lote, salvo se tenha desistido e devolvido casa/lote ao município, devidamente comprovado;
4. Serorepresentantedafamíliabrasileironatoe/ounaturalizado;
5. Sero representantedafamíliamaiordeidade;
6. Estar o representante da família inscrito no Cadastro Único de Programas Sociais – CADÙNICO;
7. A inscrição será validada mediante protocolo assinado pelo servidor responsável pela inscrição e termo de concordância assinado pelo declarante das informações.

**2.1.2 -** Todas as informações e documentos apresentados serão avaliados e reavaliados pelo Comissão Especial do Conselho Municipal de Assitencia Socia, com o objetivo de averiguar a veracidade das informações, sob pena das cominações legais.

* 1. **–** As famílias classificadas, aptas a receber o benefício, para avaliar a pontuação da sua inscrição, deverão apresentar, toda a documentação, sob pena de reclassificação ou até mesmo desclassificação.
		1. **–** A realização da inscrição e a classificação da família no Programa não garante a concessão do benefício, nem tampouco aprovação no Programa.
		2. **-** As inscrições deferidas/homologadas serão publicadas em Edital, que será afixadoem mural público (Prefeitura) e publicadas no site oficial do Município.
		3. **–**Ointeressadoemcontestaralistadeinscrições,ouquetiversuainscriçãoindeferida, poderá interpor recurso e/ou impugnação junto a Secretaria Municipal de Assistência Social deVargem, no prazo de 02 (dois)dias,contados da datada publicação da lista de seleção.
		4. **–** É de inteira responsabilidade do representante da família acompanhar as chamadas, publicações e prazos legais do programa.
		5. **–** 01 (uma) vaga será obrigatoriamente destinada a Pessoa com Deficiência. Caso na classificação dos 15 (quinze) primeiros colocados, nenhuma dessas famílias possuírem Pessoa com Deficiência, haverá uma RECLASSIFICAÇÃO da 15ª vaga, sendo que concorrerão somente famílias que possuam alguma pessoa com deficiência para disputa da 15ª vaga.
		6. **–**A realização da inscrição e a classificação da família no programa não garante a concessão do benefício, nem tampouco aprovação no programa.
		7. **–** As famílias classificadas, aptas a receber o benefício, para validar a pontuação da sua inscrição, deverão apresentar, toda a documentação, sob pena de reclassificação ou até mesmo desclassificação, não sendo aceita documentação incompleta ou após o prazo previsto neste edital.

# DACLASSIFICAÇÃODAS FAMÍLIAS

* 1. **–** As participantes serão classificadas em ordem decrescente de acordo com a maior pontuação obtida, seguindo os critérios abaixo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Item** | **Descriçãodo Critério** | **Pontos** |
| 01 | Famíliacom renda*per capita*menorqueR$ 353,00. | 10 |
| 02 | Atestadodefrequênciaescolardetodasascrianças(apartirde4anos)eAdolescentesquefazempartedafamíliacom80% defrequência. | 08 |
| 03 | Possuirintegrantedonúcleodafamíliaportadordedoençagrave,nosTermosdoincisoXIV,do art.6º,daLeiFederaln.º7.713/1998. | 06 |
| 04 | Possuirintegrantesidososnonúcleofamiliar(acimade60anos),nosTermosda LeiFederalnº10.741/2003. | 03 |
| 05 | Famíliaresidenteemáreaderiscoouinsalubresouquetenhamsidodesabrigados. | 06 |
| 06 | Possuirfilhosmenoresde10(dez)anos. | 06 |
| 07 | Famíliaqueresidanomunicípiode05a09anos(osmesesserãodesconsiderados). | 08 |
| 08 | Famíliaschefiadaspor mulheres. | 02 |
| 09 | FamíliasquetenhamalgummembrocomdoençagraveoupessoacomDeficiência– comprovada porlaudo médico. | 06 |
| 10 | Famíliaqueresida no municípiohá mais de 10 anos. | 02 |
| 11 | Possuir,emcasodenúcleomonoparental,acondiçãodevítimadeViolênciadomésticadevidamenteformalizadaantesdadatadapublicação deste Edital | 10 |
| 12 | Família que paga aluguel | 02 |
| 13 | Familia inscrita no Cadastro Unico  | 03 |

* 1. **–** O cálculo de renda per capita será feita através da soma de todas as rendas dos membros da família, dividida pelo número de moradores;
	2. **–** Caso não comprove renda formal de qualquer dos membros da família, será considerado como ganho mensal o valor de 01 (um) salário mínimo nacional, para fins do cálculo de que trata o item 3.1, salvo se comprovadamente todos os membros da família encontram-se desempregados ou sem qualquer tipo de renda, incluindo programas sociais;
	3. **–** A comprovação do item 12 será dado através de contrato particular devidamente assinado e/ou declaração do proprietário do imóvel com firma reconhecida em Cartório;
	4. **–** Doenças graves de que trata o item 09, serão aquelas constates na legislação federal, que citamos: tuberculose ativa, alienação mental, esclerose múltipla, neoplasia maligna, cegueira, hanseníase, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, hepatopatia grave, estados avançadosdadoençadePaget(osteítedeformante),contaminaçãoporradiação,síndromeda imunodeficiência adquirida;
	5. **–** A falta de comprovação de qualquer dos itens 01 a 12 não desclassificará a participante, contudo, a mesma não pontuará no referido item;
	6. **–** Considerando-se áreas de risco de que trata o item 05, aquelas que apresentam risco geológico ou de insalubridade, tais como: erosão, solapamento, queda e rolamento de blocos de rocha, eventos de inundação, taludes, barrancos, áreas declivosas, encostas sujeitas a desmoronamento e lixões, áreas contaminadas ou poluídas, bem como, outras assim definidas pela Defesa Civil e áreas de APP.
	7. **–** Considera-se vítima de Violência Doméstica a mulher, incluindo a mulher transexual e travesti, que sofra violência física, moral, patrimonial, sexual ou psicológico, em seu ambiente doméstico, familiar ou de intimidade. Ademais, compreende-se formalizada a violência doméstica, a partir da notícia-crime, é dizer, do relato formal do fato criminoso à autoridade competente, geralmente ao delegado de polícia ou a um membro do Ministério Público.
	8. **–**Sãocritériosdedesempate:

1º)Famíliascommenor rendapercapita;

2º) Famílias com pessoas com deficiência ou doenças graves enquadradas na Lei Federal nº 7.713/98 devidamente comprovadas;

3º)Maiortempoderesidêncianomunicípio;

4º) Famílias composta por pessoas idosas;

5º)Famíliascommaiornúmerodedependentes,comidadeentre0a7anos;

6º) Famílias que pagam aluguel;

7º) Famílias que moram em áreas de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas,comprovadamente.

* 1. **–**Estarãoimpedidosdeparticipar doProgramaeserão desclassificados:

310.1**–**Famílias commais de5 membros;

* + 1. **–**Emquequalquermembrodafamíliajátenhasidocontempladocomresidência, seja de qualquer programa habitacional, municipal, estadual ou federal;
		2. **–**Emquequalquerdosmembrosdafamíliasejaparticipantedequalquertipode programa de regularização fundiária (Lar Legal, REURB, etc);
		3. **–** Em que a soma total dos rendimentos dos membros da família ultrapasse 03 (três) salários mínimos.

# DOPROCESSODESELEÇÃO

* 1. **–** O processo de seleção e classificação serão analisados e julgados por Comissão Especial, constituída pelo Conselho Municipal de Assistência Social, a qual deverá atentar-se ao seguinte:
1. Serão classificadas as 15 (quinze) primeiras colocadas, entretanto serão divulgadas todas as pontuações de todas as inscritas;
2. O representante que omitir informações ou presta-las de forma inverídica, sem prejuízode outras sanções, poderá ser reclassificada ou excluída, a qualquer tempo, do processo de seleção estabelecido neste instrumento;
3. Finalizada a etapa de inscrições, será publicado edital com a lista de classificadas, contendo a relação das classificadas, iniciando o prazo de 02 (dois) dias para impugnação;
4. Durante o período de impugnação de que trata a alínea “c”, será instituído um ponto de atendimento junto à Secretaria Municipal de Assistência Social, localizada na Rua Arno Schimit, 85 - Centro, para esclarecimentos de dúvidas, formalização de denúncias e contestações relacionadas ao programa habitacional, com atendimento de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 12:00h e das 13:00h às 17:00h.As denúncias e contestações deverão ser apresentadas de maneira escrita pelo denunciante conforme anexo IV;
5. As denúncias e contestações serão investigadas pela Comissão Especial, cabendo inclusive, visitas *in loco*.
	1. **–** Ahomologação da listadas candidatas selecionadas será efetuadapelo Chefe do Poder Executivo, após aprovação da Comissão Especial.
	2. **–** As informações e documentações apresentadas pelas inscritas para o Programa em conjunto com o Governo Estadual (SC MAIS MORADIA), serão verificadas pela Comissão Especial, a qualquer tempo, poderá ser solicitada qualquer tipo de documentação que se julgar necessária pela Comissão Especial, por meio de fiscalização presencial.
	3. **–** O processo de seleção, após resultado da Comissão Especial, e antes da homologação pelo Chefe do Executivo, será encaminhado aos Conselhos Municipais para emitir parecer.

# DOLOCALEHORÁRIODAS INSCRIÇÕES

* 1. **– AS INSCRIÇÕES SERÃO REALIZADAS JUNTO À SECRETARIAMUNICIPALDEASSISTÊNCIASOCIAL**,LOCALIZADANARuaArno schimit, 85 – CentroCOM HORÁRIO DAS 08:00h ÀS 11:00hE DAS 13:00h ÀS 16:00h**, DO DIA 11 a 16 de dezembro de 2024.**

# DAIMPUGNAÇÃODOEDITAL

* 1. **–** As candidatas ou qualquer pessoa que tenha alguma impugnação ao Edital, terá a possibilidade de apresentar contestação por escrito, na Secretaria Municipal de Assistência Social, entre os dias **04 a 10 de dezembro de 2024.**
	2. **–** Caso ocorra a apresentação de impugnação a Comissão Especial, publicará retificação, se necessário após análise da solicitação de impugnação.

# DOS PRAZOS

* 1. **–** Calendário simplificado elencando as etapas e os prazos a serem seguidos pelas candidatas:

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA** | **ETAPA** |
| 04 a 10 de dezembro 2024 | Publicaçãodo Edital |
| 04 a 10 de dezembro 2024 | PrazoparaImpugnaçãodoEdital |
| **11 a 16 de dezembro 2024** | **Inscriçõesdas Candidatas** |
| 17 de dezembro 2024 | AnálisedocumentaldasInscriçõese Visitas |
| 18 de dezembro 2024 | Publicaçãodarelaçãodascandidatasinscritas,deferidaseindeferidas/desclassificadas |
| 19 de dezembro de 2024 | Prazoparainterposiçãoderecursoàcandidatainabilitada/desclassificada |
| 20 de dezembro 2024 | Publicação do resultado dos recursos interpostospelascandidatas |
| 20 de dezembro 2024 | Divulgação e publicaçãoderesultadofinal |

# DASDISPOSIÇÕESFINAIS

* 1. **–** Após a finalização do processo de inscrições, as selecionadas poderão ser interpeladas a comprovar a condição declarada, conforme inscrição realizada, por meio da apresentação de documentos, visitas domiciliares e outras diligências que se entenderem pertinentes.
	2. **–** Para fins de esclarecimento, esse Programa Habitacional é de exclusiva responsabilidade do Estado de Santa Catarina, cabendo ao município de VARGEM/SC a organização do processo de seleção, o fornecimento do lote e a construção das casas, seguindo os principais critérios estabelecidos pelo Estado.
	3. **–** A família selecionada, através de seu representante inscrito, firmará com o município de VARGEM, um **TERMO DE CONCESSÃO**com prazo de 10 (dez) anos,findando este prazo e não havendo constatação de nenhuma irregularidade com a moradia, terá direito a propriedade do imóvel. Entende-se por irregularidade aqui: a falta de manutenção, “venda ou locação”, ou qualquer tipo de cessão da posse sobre o imóvel.

VARGEM, 04 de dezembro de 2024.

Milena Andersen Lopes Prefeita Municipal

# ANEXOI

## CópiadosdocumentosdeTODOSqueresidemnacasa:

1. – Documento deIdentidade– RG;
2. –CPF;
3. –TítulodeEleitor(maiores de16anos);
4. –Certidãode Nascimento dascrianças(casonão tenhamRGe CPF);
5. –Atestado defrequência escolardetodos filhos;
6. –Comprovantederesidênciaatual(contaágua,luz ou telefone);
7. –Comprovantederendaoudesempregodetodososmembrosdafamíliaqueexerçam atividaderemunerada.
8. – Laudomédicode pessoascom doençascrônicas;
9. –Declaração dequequalquermembrodafamílianão éproprietáriode bem imóvel;
10. –Aexistênciadealugueldeverásercomprovadaatravésdecontratodealuguelou declaração reconhecida em cartório pelo proprietário;
11. –Quandoacasafor cedida trazerdeclaraçãoreconhecidaemcartóriopelo proprietário.
12. –Folharesumodo Cadastro Único.

\* **OBS.:** a renda ou o desemprego poderão ser comprovados através das Declarações de Renda, conforme anexo, cópia da carteira de trabalho, aviso prévio e extrato bancário).

# ANEXOII

**DECLARAÇÃODEAUSÊNCIADE RENDA**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e do CPFnº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residentenoseguinte endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , DECLARO, para os devidos fins, que não possuo renda formal ou informal.

Declaroestarcientedequeafalsidadenasinformaçõesacimaimplicaránas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/2009.

VARGEM, / / .

Assinatura

# ANEXOIII

**DECLARAÇÃOAUTÔNOMO**

Eu,

 , portador do RG nº e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ venhopormeio desta, DECLARAR para os devidos fins, que não mantenho vínculo empregatício com pessoa física ou jurídica, mas que exerço atividade autônoma de \_\_\_\_\_\_

 erecebomensalmenterendimentos no valor de R$ .

Declarotambémestarcientedaspenalidades legais aqueestousujeito(a).

VARGEM, / / .

Assinatura

\*Código Penal – Falsidade ideológica Art. 299- “omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa oudiversadaquedeviaserescrita,comfimdeprejudicardireito,criarobrigaçãooualterara verdade sobre fato juridicamente relevante”.

# ANEXOIV

**CARTADEDENÚNCIA**

AoPresidentedoConselhoMunicipaldeAssistencia Social

Prezado(a) Senhor(a):

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_,residente edomiciliado no endereço\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,venhopormeiodestaDENUNCIARoseguinte fato:

Diantedorelatosolicitoprovidênciasquantoaaveriguaçãodofatoeeventual desclassificação da denunciada.

VARGEM, / / .

Assinatura

# ANEXOV

**DECLARAÇÃODERESIDÊNCIA**

## (Residênciaalugada)

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente no endereço: \_\_\_\_

 ,no Munícipio de \_\_\_\_\_\_

 ,CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_,inscrito no RG nº

 e CPF nº ,DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência que o(a) Sr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_

 resideemminhapropriedade no seguinte endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_desde a data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A residência é alugada no valor de R$ , mensais, o pagamento de água e luz também é por conta da moradora.

Porserverdade,datoeassinoopresentedocumento,declarandoestarcientedeque responderei judicialmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

VARGEM, / / .

Assinaturado Declarante

## Observações:

* 1. Reconhecerfirmadesta declaração;
	2. AnexarComprovante deResidênciaemnome do Declarante

# ANEXOVI

**DECLARAÇÃO DERESIDÊNCIA**

## (Residênciacedida)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, residente no endereço:

\_\_ \_\_\_,no Munícipio de

 ,CEP: ,inscrito no RG nº

 e CPF nº ,DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência que \_\_\_

 resideemminha propriedade no seguinte endereço: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ desde a data de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

A residência é CEDIDA, portanto não pagam aluguel.

Porserverdade,datoeassinoopresentedocumento,declarandoestarcientedeque responderei judicialmente em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

VARGEM, / / .

Assinaturado Declarante

## Observações:

1. Reconhecerfirmadesta declaração;
2. AnexarComprovante deResidência emnome doDeclarante