



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

DECRETO Nº 522, de 8 de dezembro de 2014

Dispõe sobre os parâmetros municipais do processo de seleção de famílias beneficiárias do Programa “Minha Casa, Minha Vida” – PMCMV, no âmbito do Município de Toledo.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, no uso de suas atribuições legais e em conformidade com o que dispõe a alínea “n” do inciso I do **caput** do artigo 61 da Lei Orgânica do Município,

CONSIDERANDO o disposto na Portaria nº 595, de 18 de dezembro de 2013, do Ministério das Cidades, que dispõe sobre os parâmetros de priorização e o processo de seleção dos beneficiários do Programa Minha Casa, Minha Vida – PMCMV;

CONSIDERANDO a necessidade de definição de critérios municipais e dos procedimentos para a seleção dos beneficiários do PMCMV, no âmbito do Município de Toledo;

CONSIDERANDO a prévia aprovação dos termos estabelecidos neste Decreto pelo Conselho Deliberativo do Fundo para Financiamento da Política Habitacional do Município, em reunião extraordinária realizada nesta data, conforme respectiva Ata nº 07/2014;

CONSIDERANDO os critérios nacionais para seleção dos candidatos, estabelecidos na Portaria nº 595/2013, do Ministério das Cidades, que são: i) famílias residentes em áreas de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas; ii) famílias com mulheres responsáveis pela unidade familiar; e iii) famílias de que façam parte pessoas com deficiência,

D E C R E T A:

Art. 1º – Para participar de projetos de habitação popular do Município de Toledo, os interessados deverão atender os seguintes requisitos:

I – residir no Município de Toledo há, pelo menos, 3 (três) anos, mediante comprovação através de Declaração/Certidão expedida pelo Cartório Eleitoral;

II – estar cadastrado na Secretaria de Habitação e Urbanismo, com seu cadastro atualizado anualmente;

III – não ter sido beneficiado anteriormente com financiamento habitacional, em nível federal, estadual ou municipal, inserido no Cadastro Nacional de Mutuários – CADMUT;



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

IV – comprovar rendimentos de acordo com os critérios estabelecidos pelo agente financiador.

§ 1º – Os cadastros perante a Secretaria de Habitação e Urbanismo que não forem atualizados por 2 (dois) anos consecutivos serão excluídos do Banco de Dados da Secretaria.

§ 2º – Ao efetuar o cadastro na Secretaria, deverá ser indicado um titular, que será por ele responsável.

§ 3º – Não será admitido o desmembramento do cadastro, mas, apenas, a remoção e inserção de membros.

Art. 2º – Para seleção dos candidatos participantes que preencherem os pré-requisitos estabelecidos no artigo anterior serão observados critérios nacionais e adicionais, conforme definido no artigo seguinte.

Art. 3º – Para efeito da seleção mencionada no artigo anterior, levar-se-á em consideração o maior grau de vulnerabilidade, apurado pela somatória da pontuação atingida pelo candidato, conforme Tabela que segue, a qual considerará fatores como composição familiar, renda e situação habitacional:

Situação atual do domicílio	Áreas de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas, desde que devidamente certificado pela Defesa Civil	30 pontos
	Famílias em coabitação	10 pontos
	Cedido	5 pontos
	Alugado	5 pontos
Situação de composição familiar	Monoparental feminina com filhos	30 pontos
	Monoparental masculina com filhos	20 pontos
	Casal com filhos	15 pontos
	Casal sem filhos	10 pontos
	Solteiros (sem dependentes)	1 ponto
	Idoso	20 pontos
	Pessoa com deficiência	30 pontos
	Menores de 18 anos (cada)	5 pontos
Beneficiário de Programa Social do Governo Federal	Pessoa com doença crônica	20 pontos
	Bolsa-Família	5 pontos
Renda familiar bruta	De 0 a 1 salário-mínimo	15 pontos
	De 1 a 2 salários-mínimos	10 pontos
	De 2 a 3 salários-mínimos	5 pontos
Renda <i>Per Capita</i>	De 0 a 1/4 de salário-mínimo	15 pontos
	De 1/4 a 1/2 salário-mínimo	10 pontos
	De 1/2 a 1 salário-mínimo	5 pontos
	Acima de 1 salário-mínimo	1 ponto



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

Tempo de cadastro habitacional	Até 3 anos (calcular por ano)	1 ponto
	4 anos ou mais (calcular por ano)	2 pontos

§ 1º – Para os efeitos da Tabela a que se refere o **caput** deste artigo, consideram-se:

I – “famílias em coabitação”, a existência de dois núcleos familiares (casal com ou sem filhos) que residem em um mesmo domicílio (de forma temporária), por não possuírem condições de arcar com despesas de aluguel, não se considerando como tal os casos de filhos solteiros que residem com os pais;

II – “dependentes”: filhos, netos, sobrinhos menores de 18 anos (desde que sob a guarda legal do candidato);

III – “doença crônica”: moléstias relacionadas no inciso XIV do artigo 6º da Lei nº 7.713/1988 e no § 2º do artigo 30 da Lei nº 9.250/1995, utilizada pela Secretaria da Receita Federal: AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), alienação mental, cardiopatia grave, cegueira, contaminação por radiação, doença de Paget em estado avançado (osteíte deformante), doença de Parkinson, esclerose múltipla, espondiloartrose anquilosante, fibrose cística (mucoviscidose), hanseníase, nefropatia grave, hepatopatia grave, neoplasia maligna, paralisia irreversível e incapacitante, e tuberculose ativa, devidamente comprovadas mediante laudo, conforme anexo, sendo que os casos omissos serão avaliados pelo Conselho Deliberativo do Fundo para Financiamento da Política Habitacional do Município.

§ 2º – Nas famílias cuja composição familiar possua duas ou mais pessoas idosas, com deficiência ou doença crônica, acrescenta-se 10 pontos para cada idoso ou pessoa com doença crônica e 15 pontos para cada pessoa com deficiência.

Art. 4º – Em caso de empate, terá prioridade o candidato que obtiver maior pontuação nos fatores “situação atual do domicílio” e “situação de composição familiar”, sucessivamente.

Art. 5º – A pré-seleção dos candidatos a participar do Programa Minha Casa, Minha Vida, no Município de Toledo, dar-se-á mediante os seguintes procedimentos:

I – as famílias serão pré-selecionadas com base nas informações constantes do Banco de Dados existente na Secretaria de Habitação e Urbanismo do Município, levando-se em consideração a pontuação do grau de vulnerabilidade social;

II – as famílias pré-selecionadas serão convocadas, através de visita domiciliar e/ou contato telefônico, para apresentar a documentação necessária para comprovação dos dados informados por ocasião da inscrição;

III – após a conferência dos dados, será atribuída nova pontuação, encaminhando-se os inscritos que apresentarem o maior grau de vulnerabilidade (pontuação) para o agente financiador, para análise final;



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

IV – as famílias que não forem beneficiadas em cada etapa, continuarão no Banco de Dados da Secretaria de Habitação e Urbanismo.

Art. 5º-A – As seleções de candidatos para loteamentos localizados em distritos e localidades serão realizadas através de cadastro efetuado separadamente na localidade, para atender à demanda local, de acordo com os critérios estabelecidos neste Decreto. ([dispositivo acrescido pelo Decreto nº 372, de 17 de julho de 2018](#))

Parágrafo único – Caso não haja candidatos suficientes para o número de unidades habitacionais, a seleção será realizada utilizando o cadastro geral da Secretaria de Habitação e Urbanismo. ([dispositivo acrescido pelo Decreto nº 372, de 17 de julho de 2018](#))

Art. 6º – Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o [Decreto nº 517, de 1º de dezembro de 2014](#).

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO,
Estado do Paraná, em 8 de dezembro de 2014.

LUIS ADALBERTO BETO LUNITTI PAGNUSSATT
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

IGOR ANTONIO COLLA JANUÁRIO
SECRETÁRIO DE HABITAÇÃO E URBANISMO

Publicação: [JORNAL DO OESTE, nº 8.718, de 10/12/2014](#), e no
[ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO, nº 1.152, de 10/12/2014](#)

Este Decreto foi revogado pelo [Decreto nº 305, de 30 de novembro de 2021](#)



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Requerente: _____

Local do Exame: _____ Data: ____/____/____

Atestamos, para a finalidade de inserção em Programa Habitacional, que o requerente acima qualificado, que se identificou, possui a deficiência e a incapacidade permanente abaixo assinalada, nos termos das definições transcritas (artigo 4º do Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo artigo 7º do Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004).

Observação: A deficiência e a incapacidade permanente devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência, anexando-se os respectivos exames complementares.

OBRIGATÓRIO APRESENTAR NO VERSO RELATÓRIO MÉDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA

Tipo de Deficiência		CID 10 Obrigatório indicar conforme definição															
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA FÍSICA – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplicia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.																
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA AUDITIVA – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz, e 3.000Hz; <table border="1"><thead><tr><th>FREQUÊNCIAS:</th><th>500Hz</th><th>1.000Hz</th><th>2.000Hz</th><th>3.000Hz</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ouvido Direito:</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td></tr><tr><td>Ouvido Esquerdo:</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td><td>=.....dB</td></tr></tbody></table>	FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz	Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB	Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB	
FREQUÊNCIAS:	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	3.000Hz													
Ouvido Direito:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB													
Ouvido Esquerdo:	=.....dB	=.....dB	=.....dB	=.....dB													
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA VISUAL – cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor de 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. <table border="1"><thead><tr><th>DEFICIENCIA VISUAL</th><th>Olho Direito</th><th>Olho Esquerdo</th></tr></thead><tbody><tr><td>Acuidade Visual:</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td>Campo Visual:</td><td>.....°</td><td>.....°</td></tr></tbody></table>	DEFICIENCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual:	Campo Visual:°°							
DEFICIENCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo															
Acuidade Visual:															
Campo Visual:°°															
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA MENTAL – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas , tais como: a) comunicação, b) cuidado pessoal, c) habilidades sociais, d) utilização dos recursos da comunidade, e) saúde e segurança, f) habilidades acadêmicas, g) lazer, e h) trabalho. <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> g <input type="checkbox"/> h																
<input type="checkbox"/>	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA																
Assinatura: _____		Assinatura: _____															
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO COM ESPECIALIDADE NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA																	
Carimbo e Registro Profissional		Carimbo e Registro no CRM															

