



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

DECRETO Nº 1.415, de 28 de fevereiro de 2025

Dispõe sobre os parâmetros municipais do processo de inscrição no cadastro habitacional da Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo 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 os critérios nacionais para seleção dos candidatos, estabelecidos na Lei nº 14.620, de 13 de julho de 2023, que dispõe sobre o Programa “Minha Casa Minha Vida” e que define critérios de seleção e hierarquização dos beneficiários de programas de habitação popular;

considerando a necessidade de definição de critérios municipais e dos procedimentos para a seleção dos beneficiários para programas habitacionais de âmbito Federal, Estadual e Municipal, a serem desenvolvidos no Município de Toledo,

D E C R E T A:

Art. 1º - Para inscrição no cadastro habitacional do Município de Toledo, ressalvados critérios estabelecidos em legislação específica, os interessados deverão atender os seguintes requisitos:

I - residir no Município de Toledo há, pelo menos, 3 (três) anos, mediante comprovação através de, no mínimo, um dos seguinte documentos:

a) Declaração/Certidão expedida pelo Cartório Eleitoral, em nome do titular do cadastro, vinculado ao Município de Toledo;

b) um comprovante de endereço de cada um dos últimos três anos, expedidos pela concessionária de água ou energia elétrica, em nome do titular do cadastro;

c) Contrato de aluguel dos últimos 3 (três) anos, de imóvel em Toledo, em nome do titular do cadastro, com firma reconhecida em Cartório na data inicial; ou

d) Carteira de Trabalho, registrada no Município de Toledo, com contrato vigente há, pelo menos, 3 (três) anos, em nome do titular do cadastro;

II - estar cadastrado na Secretaria do Planejamento, 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;

IV - comprovar rendimentos de acordo com os critérios estabelecidos pelo agente financiador;

V - Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico) obrigatório para famílias de acordo com o Decreto nº 6.135, de 26 de junho de 2007; e

VI - não ser proprietário de imóvel rural ou urbano e não ter sido beneficiado por programa habitacional em qualquer município do Brasil.



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

§ 1º - Será obrigatório o Título de Eleitor, expedido pelo Tribunal Regional Eleitoral, vinculado ao Município de Toledo, para a efetivação do cadastro habitacional, exceto para estrangeiros.

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

§ 3º - Ao efetuar o cadastro na Secretaria, deverá ser indicado um titular, que será por ele responsável.

§ 4º - Não será admitido o desmembramento do cadastro, mas, apenas, a remoção e inserção de membros.

§ 5º - Na hipótese de dissolução de união estável, separação ou divórcio, comprovados documentalmente, aplicar-se-ão os seguintes critérios:

I - não havendo filhos menores ou incapazes do casal, o cadastro permanecerá em nome da mulher;

II - havendo filhos menores ou incapazes, o cadastro permanecerá em nome daquele que possuir a guarda legal dos filhos;

III - se a guarda for compartilhada, a definição sobre a manutenção do cadastro caberá ao genitor com quem a criança reside habitualmente ou que seja referência de domicílio familiar; e

IV - nas demais situações, as partes deverão entrar em consenso, sob pena de cancelamento do cadastro.

Art. 2º - Para seleção dos candidatos participantes que preencherem os pré-requisitos estabelecidos no artigo 1º serão observados critérios nacionais e adicionais, conforme definido no artigo 3º.

Art. 3º - Para efeito da seleção mencionada no artigo 2º, 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
	Reside com familiares	1 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



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

Situação de composição familiar	Pessoa com deficiência	30 pontos
	Menores de 18 anos (cada)	5 pontos
	Pessoa com doença crônica	20 pontos
Beneficiário de Programa Social do Governo Federal	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
	De 3 a 5 salários-mínimos	1 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
Tempo de cadastro habitacional	Até 3 anos (calcular por ano)	2 pontos
	4 anos ou mais (calcular por ano)	3 pontos

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

I - “família”: agrupamento de pessoas que coabitam com o interessado sob o mesmo teto, podendo estar vinculadas por laços consaguíneos, de matrimônio, de união estável ou de afinidade;

II - “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;

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

IV - “doença crônica”: moléstia relacionada 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, como 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; e

V - deficiência definida pelo Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.

§ 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.



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

Art. 5º - A pré-seleção dos candidatos a participar de Programas Habitacionais, 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 do Planejamento, 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 e publicação no Órgão Oficial Eletrônico do Município, 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 a verificação do enquadramento dos beneficiários; e

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

Art. 6º - 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.

Parágrafo único - Caso não haja candidatos suficientes para o número de unidades habitacionais, a seleção será realizada utilizando o cadastro geral da Secretaria do Planejamento, Habitação e Urbanismo.

Art. 7º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogado o [Decreto nº 305, de 30 de novembro de 2021](#).

GABINETE DO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO, Estado do Paraná, em 28 de fevereiro de 2025.

MARIO CÉSAR COSTENARO
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE TOLEDO

RONALD PEIXOTO DRABIK
SECRETÁRIO DO PLANEJAMENTO, HABITAÇÃO E URBANISMO

Publicação: [ÓRGÃO OFICIAL ELETRÔNICO DO MUNICÍPIO, nº 4.265, de 5/03/2025](#)



MUNICÍPIO DE TOLEDO

Estado do Paraná

ATESTADO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE

(Decreto 1.415, de 28 de fevereiro de 2025)

Requerente: _____

Local do Exame: _____ DATA: ____/____/____

Atestamos, para a finalidade de pontuação 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 70 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 MEDICO COM HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÔNICA.

Tipo De Deficiência		CID 10 Obrigatório indicar conforme definição.															
☐	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, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, <u>exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</u>																
☐	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													
☐	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>DEFICIÊNCIA 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>	DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual:			Campo Visual:	°	°							
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo															
Acuidade Visual:																	
Campo Visual:	°	°															
☐	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. ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d ☐ e ☐ f ☐ g ☐ h																
☐	DEFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA																
☐	OUTROS:																
Assinatura:		Assinatura:															
OBRIGATÓRIA ASSINATURA DE DOIS PROFISSIONAIS SENDO UM MÉDICO NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA																	
Carimbo e Registro Profissional		Carimbo e Registro do CRM															



DADOS DO CONTRIBUINTE	
NOME	CPF
MÉDICO	
NOME	
CRM	ESPECIALIDADE

DECLARAÇÃO	
Declaro, sob as penas da Lei, que _____	é portador,
(NOME DO PACIENTE)	
desde _____ até a presente data, de _____	CID _____, moléstia
(MES/ANO)	(IDENTIFICAÇÃO NOMINAL DA MOLESTIA)
referida no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, ou no § 2º do art. 30 da lei nº 9.250/95, sob a rubrica de	

(DENOMINAÇÃO UTILIZADA PELO LEGISLADOR - ABAIXO)	

[illegible]

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO	
A doença passível de controle? ☐ Sim ☐ Não. Em caso afirmativo, determinar o prazo de validade do laudo: ____/____/____	
1 – O laudo deverá ser fundamentado como exposição das observações, estudos, exames efetuados, registros das conclusões e emitido por SERVIÇO MEDICO OFICIAL DA União, dos estados, do Distrito Federal ou dos Municípios.	
2 – Moléstias relacionadas do inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88, e no § 2º do art. 30, da Lei nº 9.250/95:	
☐ Moléstia Profissional ☐ Alienação Mental ☐ Cegueira ☐ Estados Avançados da Doença de Pagel(Osteíte Deformante) ☐ Paralisia Irreversível e Incapacitante	☐ Cardiopatia Grave ☐ Esclerose Múltipla ☐ Hanseníase ☐ Tuberculose Ativa ☐ Nefropatia Grave ☐ Contaminação por Radiação ☐ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida ☐ Fibrose Cística (mucoviscidose).
☐ Doença de Parkinson ☐ Neoplasia Maligna ☐ Espondiloartrose Anquilosante ☐ Hepatopatia Grave	
Em ____/____/____ CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO	
CARIMBO E ASSINATURA DO SERVIÇO MÉDICO OFICIAL	