ANEXO I

CRONOGRAMA PARA AS VAGAS DE DEMANDA GERAL

Nº	Etapas	Data
1	Data da publicação do edital.	02/06/2026
2	Prazo para impugnação ao edital.	10/06/2026
3	Início das inscrições.	03/06/2026
4	Término das inscrições.	03/08/2026
5	Divulgação da Lista dos candidatos titulares e reservas.	A definir
6	Prazo para apresentação de recurso dos desclassificados.	A definir
7	Análise dos recursos.	A definir
8	Divulgação do resultado homologado no município e no site www.casacatarina.sc.gov.br.	A definir
9	Entrega das chaves.	A definir conforme cronograma de obras

ANEXO II

CRONOGRAMA PARA AS VAGAS DE RESERVA DE COTAS - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E PESSOAS IDOSAS

Nº	Etapas	Data
1	Data da publicação do edital.	02/06/2026
2	Prazo para impugnação ao edital.	10/06/2026
3	Início das inscrições.	03/06/2026
4	Término das inscrições.	03/08/2026
5	Divulgação da Lista dos candidatos titulares e reservas.	A definir
6	Prazo para apresentação de recurso dos desclassificados.	A definir
7	Análise dos recursos.	A definir
8	Divulgação do resultado homologado no	A definir

Nº	Etapas	Data
	município e no site www.casacatarina.sc.gov.br.	
9	Entrega das chaves.	A definir conforme cronograma de obras

ANEXO III

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA UNIDADES HABITACIONAIS DO PROGRAMA CASA CATARINA

Número da inscrição: _____

Renda Bruta Mensal Familiar (até 4 (quatro) salários-mínimos):

DADOS PESSOAIS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR

- **Nome completo: _____**
- **Data de nascimento:____/__/____ RG: _____ CPF: _____**
- **Endereço atual: _____ ____**
- **Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____**
- **Telefone: _____ Estado Civil: _____**
- **Situação Trabalhista: _____**
- **Renda Bruta Comprovada: _____ Renda Bruta Não Comprovada: _____**

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

- **Número total de pessoas na residência: _____**
- **Nome completo dos membros da família, idade e renda:**

1. _____ Idade: _____
2. Renda: _____
3. _____ Idade: _____
4. Renda: _____
5. _____ Idade: _____
6. Renda: _____
7. _____ Idade: _____
8. Renda: _____
9. _____ Idade: _____
10. Renda: _____
11. _____ Idade: _____
12. Renda: _____
13. _____ Idade: _____
14. Renda: _____
15. _____ Idade: _____
16. Renda: _____

Assinale a alternativa que corresponde a sua realidade familiar:

- ( ) Famílias chefiadas por mulheres, como responsáveis únicas pela provisão e cuidados familiares (mãe solo);
- ( ) Famílias com pessoa com deficiência, comprovados por laudos médicos;
- ( ) Famílias com pessoa idosa (60 anos ou mais);
- ( ) Famílias residentes em área de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas;
- ( ) Família residente no Município de São Miguel da Boa Vista/SC, há pelo menos 03 (três) anos de forma ininterrupta;

Já recebeu unidade habitacional por outros programas nacionais, estaduais ou municipais? ( ) SIM ( ) NÃO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas nesta ficha de inscrição são verdadeiras e que estou ciente de que a aprovação no processo de seleção não garante a entrega imediata da unidade habitacional.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do(a) interessado(a)

ANEXO IV

PROTOCOLO DE VALIDAÇÃO DE INSCRIÇÃO E TERMO DE CONCORDÂNCIA

Eu, _____, inscrito no CPF n° _____***, declaro que protocolei minha inscrição no Programa Casa Catarina - São Miguel da Boa Vista/SC, na data de*** / / às _____ horas, sob a Inscrição número: _____.

No ato da inscrição, foram entregues os seguintes documentos (marcar com "X" os que foram apresentados):

- ( ) Identidade e CPF do candidato;
- ( ) Identidade e CPF do cônjuge ou companheiro(a) e dos dependentes;
- ( ) Comprovante de estado civil;
- ( ) Comprovante de renda mensal de todos os integrantes do grupo familiar;
- ( ) Comprovante de endereço (atualizado);
- ( ) Comprovante de residir no município, há pelo menos 03 (três) anos consecutivos;
- ( ) Comprovante da deficiência por meio de documentos médicos periciais;
- ( ) Outros: _____

TERMO DE CONCORDÂNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com todas as regras, criteria e exigências estabelecidas no edital do Processo para a seleção de Famílias interessadas em participar do Programa Casa Catarina de São Miguel da Boa Vista/SC. Confirmo a veracidade das informações e documentos apresentados, assumindo total responsabilidade por qualquer divergência ou omissão. Estou ciente de que a inscrição não garante automaticamente a concessão do benefício, estando sujeita à análise e classificação conforme os critérios do programa. Assumo, ainda, o compromisso de fornecer informações complementares, caso solicitado, e de cumprir eventuais exigências adicionais para a efetivação da minha participação.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do Candidato (a)

_____

Assinatura e carimbo do Responsável pelo Recebimento

ANEXO V

TABELA DE PONTUAÇÃO

Item	Critérios	Pontuação	Pontuação da Família com documentos comprobatórios
01	Famílias que tenham algum membro portador de deficiência comprovadas por laudo médico.	15 pontos	
02	Famílias que tenham pessoas idosas (60 anos ou mais) - comprovados através de documento de identidade.	15 pontos	
03	Famílias chefiadas por mulheres, como responsáveis únicas pela provisão e cuidados familiares (mãe solo).	15 pontos	
04	Maior número de membros na família, com limite máximo de 5 integrantes para pontuação.	3 pontos por membro	
05	Famílias residentes em área de risco ou insalubres ou que tenham sido desabrigadas, e/ou em áreas irregulares - apresentar documento de comprovação da Defesa Civil.	15 pontos	
06	Família com ausência de renda.	10 pontos	
07	Família que pagam aluguel ou viva em residência cedida.	10 pontos	
08	Família inscrita no Cadastro Único.	5 pontos	
	TOTAL	**100 pontos**	

ANEXO VI

DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Eu, _____, nacionalidade: _____, estado civil: _____, profissão: _____, inscrito no CPF sob o n° _____, e (nome do companheiro(a)) _____, nacionalidade: _____, estado civil: _____, profissão: _____, inscrita no CPF sob o n° _____***, ambos domiciliados na cidade de _____ e residentes no endereço _____, juridicamente capazes, DECLARAMOS, cientes das penalidades legais, que convivemos em UNIÃO ESTÁVEL desde*** / / , de natureza familiar, pública e duradoura com o objetivo de constituição da família.

Por ser o aqui declarado a mais pura expressão da verdade, assinamos esta Declaração para que surta seus efeitos legais.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do 1º declarante

_____

Assinatura do 2º declarante

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e RG nº _____, declaro para os devidos fins que _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____ e RG nº _____, reside de forma habitual e permanente no imóvel de minha propriedade localizado no seguinte endereço:

- **Endereço:** _____
- **Bairro:** _____
- **Cidade/Estado:** _____
- **CEP:** _____

Por ser a expressão da verdade, assino a presente declaração.

São Miguel da Boa Vista/SC, _____ de _____ de 2026.

_____

[Assinatura do Proprietário do Imóvel]

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (MORADIA CEDIDA)

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, proprietário(a)/possuidor(a) do imóvel localizado na _____, no município de São Miguel da Boa Vista/SC, CEP: _____, declaro para os devidos fins de comprovação de residência que o(a) Sr.(a) _____, inscrito(a) no CPF nº _____, reside no meu imóvel acima citado de forma **cedida**, sem qualquer ônus ou pagamento de aluguel.

Por ser a expressão da verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente de que a falsidade das informações aqui prestadas configurará crime de falsidade ideológica, conforme o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do(a) Declarante (Dono(a) do Imóvel)

ANEXO IX

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE RENDA

Eu, _____, portador do CPF n° _____, residente no endereço _____, declaro, para os devidos fins que se fizerem necessários, que não possuo renda formal ou informal.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das penalidades legais em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do Declarante

ANEXO X

DECLARAÇÃO DE AUTÔNOMO

Eu, _____, portador do CPF n° _____, residente no endereço _____, venho por meio desta DECLARAR para os devidos fins, que não mantenho vínculo empregatício com pessoa física ou jurídica, mas que exerço atividade autônoma de _____ e recebo mensalmente rendimentos no valor de R$ _____.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das penalidades legais em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do Declarante

ANEXO XI

DECLARAÇÃO DE DEPENDÊNCIA ECONÔMICA

Eu, _____, portador do CPF n° _____, residente e domiciliado no endereço: _____, declaro que _____ é meu (minha) _____ (parentesco) e vive sob minha dependência econômica.

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das penalidades legais em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do Declarante

ANEXO XII

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELA UNIDADE FAMILIAR (CHEFIA FAMILIAR / MÃE SOLO)

Eu, _____, portadora do CPF n° _____, residente à _____, declaro para efeitos de participação do Processo para a seleção de Famílias interessadas em participar do Programa Casa Catarina de São Miguel da Boa Vista/SC, que sou mulher única responsável pela provisão, cuidados e manutenção da unidade familiar da qual faço parte (chefia familiar / mãe solo).

Por ser verdade, dato e assino o presente documento, declarando estar ciente das penalidades legais em caso de falsidade das informações aqui prestadas.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do Declarante

ANEXO XIII

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO ADMINISTRATIVO

À Comissão Especial de Seleção do Programa Casa Catarina

Município de São Miguel da Boa Vista/SC

DADOS DO REQUERENTE

- **Nome Completo:** _____
- **N° da Inscrição:** _____ **CPF:** _____
- **Endereço:** _____
- **Telefone:** _____
- **E-mail:** _____

Objeto do Recurso:

( ) Contra o Resultado Preliminar

( ) Contra Desclassificação ou Indeferimento da Inscrição

JUSTIFICATIVA DO RECURSO (Razões fundamentadas do pedido):

Nestes termos, pede deferimento.

São Miguel da Boa Vista/SC, ____ de _____ de 2026.

_____

Assinatura do(a) Candidato(a)