

**REQUERIMENTO DE CONTESTAÇÃO DE ENQUADRAMENTO EM CRITÉRIOS
PROCESSO SELETIVO HABITACIONAL**

À Comissão de Seleção Portaria 007/2026/SEIHAB / Secretaria Municipal de Infraestrutura e Habitação - SEIHAB.

Eu, _____,
CPF nº _____, venho apresentar minha **CONTESTAÇÃO**
Quanto ao resultado preliminar divulgado, solicitando a revisão do enquadramento,
conforme critérios e documentos comprobatórios abaixo indicados:

CRITÉRIOS ESPECÍFICOS – IDENTIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA
SOLICITO:

EXCLUSÃO () INCLUSÃO ()

Dos critérios de hierarquização abaixo:

I – Mulher responsável pela unidade familiar

Documento: Declaração do CadÚnico (Folha Resumo)

() Sim () Não

II – Pessoa negra na composição familiar, declarada no CadÚnico

Documento: Declaração do CadÚnico

() Sim () Não

III – Pessoa com deficiência na composição familiar

Documento: Laudo médico com CID + Avaliação Biopsicossocial (Lei nº 13.146/2015 e Decreto nº 11.063/2022)

() Sim () Não

IV – Idoso na composição familiar

Documento: Documento civil com data de nascimento

() Sim () Não

V – Criança ou adolescente na composição familiar

Documento: Certidão de nascimento / guarda / tutela

() Sim () Não

VI – Pessoa com câncer ou doença rara crônica e degenerativa

Documento: Laudo médico com CID

() Sim () Não

VII – Mulher vítima de violência doméstica

Documento: Registro da denúncia pelo Ministério Público junto ao Cadastro Nacional de Violência Doméstica

() Sim () Não

VIII – Integrantes de povos indígenas e quilombolas declarados no CadÚnico

Documento: Declaração do CadÚnico

() Sim () Não

IX – Residentes em áreas de risco (PMRR)

Documento: Laudo da Defesa Civil ou mapeamento de risco – CPRM

() Sim () Não

X – Beneficiário com contrato distratado ou rescindido involuntariamente

Documento: Declaração do ente financeiro justificando o distrato

() Sim () Não

XI – Pessoa em situação de rua ou com trajetória de rua

Documento: Declaração da abordagem social / registro em serviço assistencial

() Sim () Não

XII – Tempo de cadastro habitacional (mínimo de 5 anos)

Documento: Comprovante de inscrição com data inicial do cadastro

() Sim () Não

Observação: _____

GRUPOS PRIORITÁRIOS

SOLICITO:

MINHA EXCLUSÃO () MINHA INCLUSÃO ()

Dos grupos prioritários abaixo:

() BOLSA FAMÍLIA, BPC, MICROCEFALIA - **Documento:** Folha resumo do CadÚnico (TODOS), Para Bolsa família - Extrato dos últimos meses; Para BPC declaração/extrato dos últimos meses que informe que é BPC; Para Microcefalia - Laudo Médico.

() PESSOA IDOSA - **Documento:** Documento civil com data de nascimento

() PESSOA COM DEFICIÊNCIA - (PCD) - **Documento:** Laudo médico com CID + Avaliação Biopsicossocial (Lei nº 13.146/2015 e Decreto nº 11.063/2022)

() PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA - **Documento:** Declaração da abordagem social / registro em serviço assistencial.

Observação: _____

DOCUMENTAÇÃO PESSOAL – IDENTIFICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

XIV – Nome (correção gramatical)

Documento: RG, Certidão de nascimento/casamento, CNH, documento profissional.

() Sim () Não

Declaro que os documentos apresentados acompanham este requerimento para fins de reavaliação administrativa, solicitando a revisão do enquadramento e eventual retificação da classificação.

Termos em que pede deferimento.

Palmas - TO _____ de março de 2026.

Assinatura: _____