



EDITAL DE CHAMAMENTO Nº001/2025

O MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO D'ALIANÇA-GO, através da Secretaria Municipal de Assistência Social, nos termos da Lei nº 181, de 18 de novembro de 2019 regulamentada pelo Decreto nº 1.788, de 28 de novembro de 2019, e alterações da Lei Municipal nº231 de 02 de março de 2021, da Lei Municipal nº249 de 20 de agosto de 2021 e da Lei Municipal nº290 de 29 de setembro de 2022, torna pública, para ciência dos interessados, o Chamamento Público nº001/2025, destinado a inscrição das famílias interessadas em serem beneficiárias do Programa Assistencial “Auxílio Gás”.

Os interessados deverão atender às condições deste Edital e apresentar a documentação exigida no período de 01 de outubro a 17 de outubro de 2025, das 07:00 às 10:00 das 13:00 às 16:00, nas sedes do CRAS e CREAS, sendo que o CRAS está localizado na Rua 8, esquina com Rua Gervino de Sousa, quadra 08, lote 05, bairro Label e o CREAS está localizado na Rua 15 de Novembro, esquina com Viela A, Praça 23, bairro Monte das Oliveiras, ambos em São João d'Aliação.

CAPÍTULO I – DO PROPÓSITO DO EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 001/2025

1.1 O Edital de Chamamento Público 001/2025, visa operacionalizar o Programa Assistencial Vale Gás, instituído pela Lei nº181, de 18 de novembro de 2019 e alterações da Lei Municipal nº231 de 02 de março de 2021, da Lei Municipal nº249 de 20 de agosto de 2021 e da Lei Municipal nº290 de 29 de setembro de 2022.

1.2 Conforme definido na Lei nº 181, de 18 de novembro de 2019, a Secretaria Municipal de Assistência Social distribuirá tíquete/cartão para aquisição de recarga de gás de cozinha para famílias em situação de vulnerabilidade social.

1.3 Cabe à Secretaria Municipal de Assistência Social o recebimento das inscrições e elaboração da lista de beneficiários.

CAPÍTULO II – DO OBJETO

2.1. O Chamamento Público tem por objeto a inscrição dos interessados em tornarem-se beneficiários do Programa Assistencial Vale Gás.

CAPÍTULO III – DAS INSCRIÇÕES

3.1 As inscrições serão realizadas no período de 01 de outubro a 17 de outubro de 2025, das 07h às 10h e das 13h às 16h, nas sedes do CRAS e CREAS, ambos em São João d'Aliação e, para tanto o interessado deverá apresentar **original e cópia** dos seguintes documentos de **todos os integrantes da família/casa**:

3.1.1 Documento de Identidade (RG) ou Certidão de Nascimento/Casamento de quem não possua documento de identidade;

3.1.2 Certidão de Nascimento/Casamento do titular da inscrição (responsável familiar);



Estado de Goiás
Município de São João d'Aliança
Secretaria de Assistência Social

- 3.1.3 Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- 3.1.4 Comprovante de residência atualizado;
- 3.1.5 Espelho do CADÚNICO (V7).

CAPÍTULO IV – DO CRONOGRAMA

DATA	ETAPAS
01/10 a 17/10	Recebimento das inscrições
20/10 a 23/10	Análise das inscrições recebidas
24/10	Publicação da lista prévia de beneficiários
27/10 a 29/10	Período de impugnação
31/10	Homologação da lista final

CAPÍTULO V – DA ANÁLISE DAS INSCRIÇÕES

- 5.1 No período de análise especificado no cronograma deste edital, poderá, a critério dos profissionais responsáveis, a qualquer momento, ser realizada nova entrevista, visita domiciliar e/ou solicitação de documentos pertinentes à avaliação, com fixação de prazo para sua apresentação.
- 5.2 Caberá ao candidato manter seus dados de inscrição atualizados – endereço e telefone de contato, sob pena de ser desclassificado.
- 5.3 A tentativa de até 3 (três) contatos com o candidato sem sucesso automaticamente o desclassificará do processo de seleção.
- 5.4 As análises serão fundamentadas por meio de Parecer Social emitido por profissional com capacidade técnica vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social ou outros por esta indicados.

CAPÍTULO VI – DA IMPUGNAÇÃO DA LISTA PRÉVIA

- 6.1 Qualquer interessado poderá impugnar a lista de inscritos no prazo de 3 (três) dias a contar de sua publicação, apontando de forma específica e fundamentada as razões pela qual o candidato a beneficiário não deve figurar na lista, utilizando o Formulário de Denúncia constante no Anexo I deste edital.
- 6.2 No prazo de 3 (três) dias a impugnação será analisada pela Equipe Social responsável pela análise das inscrições da Secretaria de Assistência Social, que poderão requisitar a apresentação de novos documentos, nova entrevista ou nova visita domiciliar e, emitirão novo Parecer Social.

CAPÍTULO VII – DA LISTA FINAL DE BENEFICIÁRIOS

- 7.1 Decididas as impugnações, a lista final de beneficiários com validade de 01 (um) ano será divulgada nos meios oficiais de comunicação da Prefeitura.

CAPÍTULO VIII – DA LISTA MENSAL DE BENEFICIÁRIOS



8.1 Mensalmente poderão ser beneficiadas até 130 (cento e trinta) famílias com o Auxílio Gás, cuja lista será divulgada mensalmente, com ressalva de que os beneficiários daquele mês só poderão receber novamente o benefício decorridos no mínimo 60 (sessenta) dias desde a primeira concessão ou da concessão anterior.

8.1.1 Os beneficiários que constarem na lista de beneficiários mensal e que não retirarem o cartão na Secretaria de Assistência Social no período determinado de até trinta dias sem justificativa cabível (modelo disponível no Anexo II), serão excluídos da lista de beneficiários do referido ano.

CAPÍTULO IX – DAS DENÚNCIAS APÓS PUBLICAÇÃO DA LISTA FINAL

9.1 As denúncias de beneficiários constantes na lista final poderá ser feita a qualquer momento durante a validade deste edital, por meio de documento (formulário de denúncia) constante no Anexo I deste edital, indicando os dados do beneficiário e os motivos/razões da denúncia que ensejaria o recebimento indevido do benefício, acompanhada de provas da irregularidade.

9.2 A denúncia pode ser feita de forma anônima, mas, é imprescindível o preenchimento do formulário para sua validade.

9.3 O formulário de denúncia será protocolado nos sistemas informatizados utilizados pelo Poder Executivo do município de São João d'Aliança, direcionado à gestão da Secretaria de Assistência Social.

9.4 Após recebida, será designada comissão de avaliação composta por no mínimo 2 (duas) e no máximo 3 (três) profissionais de Nível Superior de formação, vinculados à Secretaria de Assistência Social ou outros por esta indicados.

9.5 O beneficiário denunciado será notificado formalmente, com aviso de recebimento, por meio de Ofício, entregue em mãos ou por meio digital, constando as alegações realizadas, tendo o prazo de até 5 (cinco) dias úteis para apresentar sua defesa.

9.6 A notificação constará: Os dados do beneficiário, a descrição das alegações e os documentos que deverão ser apresentados.

9.7 Após o devido protocolo da defesa pelo beneficiário, os profissionais designados terão até 10 (dez) dias úteis para realizar a análise e emitir novo Parecer informando se ainda preenche ou não preenche os critérios para a manutenção do beneficiário no programa. Será o denunciado notificado formalmente dos termos do novo Parecer, com aviso de recebimento, por meio de Ofício, entregue em mãos ou por meio digital.

9.8 A análise da denúncia seguirá os mesmos parâmetros no que couber do capítulo V deste edital.

9.9 Da decisão da comissão avaliadora não caberá recurso.

9.10 A documentação referente a denúncia deverá ser anexada à ficha de inscrição e documentação do beneficiário.

9.11 Confirmada a denúncia o benefício será suspenso e adotadas as medidas previstas no §2º do art. 2º da Lei nº 181, de 18 de novembro de 2019.

CAPÍTULO X – DISPOSIÇÕES FINAIS



Estado de Goiás
Município de São João d'Aliação
Secretaria de Assistência Social

10.1 Incumbe ao beneficiário manter o seu endereço e telefone atualizados junto a Secretaria Municipal de Assistência Social, sob pena, de não sendo encontrado no endereço cadastrado ser excluído do programa.

10.2.2 Fica o beneficiário responsável por apresentar na Secretaria de Assistência Social um certificado de conclusão de curso ofertado pelo SENAR em parceria com a Assistência Social ou outro curso que a SMAS ofertar, para assim poder receber o próximo benefício.

São João d'Aliação – GO, 25 de setembro de 2025.

MARIA DA CONCEIÇÃO BATISTA DE ARAÚJO
Secretária Municipal de Assistência Social



Estado de Goiás
Município de São João d'Aliação
Secretaria de Assistência Social

ANEXO I

FORMULÁRIO DE DENÚNCIA
PROGRAMA ASSISTENCIAL AUXÍLIO GÁS

Nome do candidato/beneficiário: _____

_____ ;

CPF do candidato/beneficiário: _____ ;

Descrição da denúncia: _____

Há documentos comprobatórios em anexo? () Não / () Sim, quais? _____

O denunciante deseja se identificar?

() Sim	() Não
Nome: _____ ;	
CPF: _____ .	

Data de denúncia: ____/____/____.

Local da denúncia: _____.

Nome completo e/ou assinatura do servidor receptor do Formulário de Denúncia devidamente preenchido: _____.



ANEXO II

JUSTIFICATIVA DE NÃO RETIRADA DO GÁS NO MÊS CONTEMPLADO

Eu, _____, inscrito no
CPF sob o nº _____, residente e domiciliado à Rua/Avenida
_____, Quadra _____, Lote _____, Nº _____,
Bairro _____, Município _____,
CEP _____, Telefone: _____, venho por meio
deste, conforme dispõe o item 8.1.1 do Capítulo VIII do Edital de Chamamento para o Programa
Assistencial Auxílio Gás ora vigente, que não retirei meu cartão/ticket no período determinado
referente ao mês de _____, em razão de _____

_____.

Informo que estou ciente de que em caso de prestação de informações falsas estarei
sujeito as penalidades previstas no ordenamento jurídico brasileiro.

Há documentos comprobatórios em anexo? () Não / () Sim, quais? _____

_____.

Por ser verdade, firmo a presente.

São João d'Aliação/GO, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO