

SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, TURISMO E LAZER

EDITAL Nº 02/2023 - DE FOMENTO AO AUDIOVISUAL DE TAUÁ - LEI PAULO GUSTAVO

ANEXO IX -LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____ (nome completo),
_____ (estado civil), _____ (profissão), portador(a) do documento de identidade nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____ (endereço completo cidade/estado/CEP), proponente do Projeto _____ Categoria ____ do Edital nº/2023, da Secretaria de Cultura, Turismo e Lazer de Tauá, declaro, para fins de reserva de vagas, ser Pessoa com Deficiência (PcD) à luz da(s) legislação(ões) presente(s) e solicito participação no certame dentro dos critérios assegurados à PcD, conforme previsto no respectivo Edital.

Anexado a esta declaração apresento o Laudo Médico, atestando:

A espécie e o grau ou o nível da minha deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, o enquadramento da deficiência no Decreto Federal nº 3.298, de 24 de outubro de 1999 e suas alterações e no Decreto Federal nº 9.508, de 24 de setembro de 2018 e suas alterações, a assinatura e o carimbo do registro do Conselho Regional de Medicina – CRM do médico responsável pela emissão do documento.

CID (Classificação Internacional de Doenças): _____

Assinale, a seguir, o tipo de deficiência da pessoa:

- () Deficiência Auditiva
() Deficiência Física
() Deficiência Visual
() Deficiência Intelectual
() Deficiência Múltipla
() Inserir outros tipos de deficiência:

Especifique / detalhe a condição da deficiência (*aqui faremos um pequena nota explicativa*):

_____, ____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura e carimbo com CRM do Profissional de nível superior da área da saúde/Especialidade

Obs: Todos os campos são de preenchimento obrigatórios.