

Este documento é cópia do original e assinado digitalmente sob o número 44OZHK9Y

Para conferir o original, acesse o site https://assineja.sepog.fortaleza.ce.gov.br/validar/documento, informe o malote 3583956 e código 44OZHK9Y

# ANEXO VIII- MODELO DE 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), Agente Cultural do Projeto , Categoria do Edital nº /2024, da Secretaria da Cultura de Fortaleza, declaro, para fins de

reserva de vagas, ser Pessoa com Deficiência (PcD) à luz da(s) legislação(ões) presente(s) e solicitar participação no certame dentro dos critérios assegurados à PcD, conforme previsto no respectivo Edital.

Anexado a esta declaração o Laudo Médico, atestando:

**a)** 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 uma pequena nota explicativa):

 , de de Local, data e ano

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

# Obs: Todos os campos são de preenchimento obrigatório.

***\* Não serão aceitas assinaturas coladas, sendo motivos de desclassificação.***