


# ANEXO VIII- MODELO DELAUDO 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 obrigatórios.

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