**EDITAL AUDIOVISUAL**

**ANEXO XII - 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Inciso\_\_\_\_\_\_\_\_ Modalidade \_\_\_\_\_\_do  Edital nº ......./2023, 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 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) 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.**