

**EDITAL Nº 01/2023 - DE FOMENTO A CULTURA DE TAUÁ - LEI PAULO GUSTAVO**

**ANEXO VII -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.**