



CEARÁ SEM FRONTEIRAS — CONEXÕES CRIATIVAS

Edital para Realização de Programa de Publicações

Anexo 5 – Autodeclaração para Pessoa com Deficiência

Nome completo da pessoa com deficiência _____

CPF (Cadastro de Pessoa Física) _____

Número CID (Classificação Internacional de Doenças) _____

Assinale o tipo de deficiência:

- Pessoa com deficiência física ();
- Pessoa com Deficiência Visual (cega ou com baixa visão) ();
- Pessoa Surda, ensurdecida ou com deficiência auditiva ();
- Pessoa com Deficiência Intelectual ();
- Pessoa Autista ();
- Pessoa Surdocega ();
- Múltipla ();
- Outros tipos de deficiência (descrever): _____.

Cidade, dia, mês e ano

Assinatura

Atenção!

- Esta autodeclaração deverá acompanhar um laudo médico preenchido, assinado e carimbado com CRM de profissional da área de saúde/especialidade, conforme a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, com o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146/2015) e com a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (Lei n. 12.764/2012);
- Não será permitida a complementação de dados a posteriori. Havendo indícios de irregularidade o projeto será desclassificado;
- O documento poderá ser assinado manualmente (de punho) e posteriormente digitalizado ou assinado mediante certificado digital. Garanta que seja possível checar se a sua assinatura eletrônica poderá ser validada na habilitação documental, caso contrário sua inscrição poderá ser reprovada. Sugerimos o uso de assinaturas Gov.br ou certificados cujo emissor seja ICP-Brasil;
- Não serão aceitas assinaturas digitalizadas e/ou coladas.