

## AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
portadorado CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada  
\_\_\_\_\_, Bairro, na cidade de \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_, DECLARO, para o fim específico de  
atender à documentação exigida pelo **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2024 PARA CONCESSÃO DE  
PREMIAÇÃO CULTURAL A GRUPOS, COLETIVOS E ORGANIZAÇÕES DE QUADRILHAS JUNINAS - PRÊMIO MARIA  
DO CARMO ALVES CAVALCANTE "SOCORRO DE DEOLINDA"** que sou PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD,  
comprometendo-me a comprovar tal condição perante a SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURA, DESPORTOS  
E TURISMO DE BREJO DO CRUZ-PB, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital.  
Declaro também que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade,  
estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou não comprovação da deficiência, estarei sujeita às  
penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem  
efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

Assinatura do(a) Proponente

*(Iguar ou similar ao documento de identificação)*

## AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, \_\_\_\_\_,  
portadora do CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada  
\_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
na cidade de \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_, DECLARO, para o  
fim específico de atender à documentação exigida pelo **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 002/2024 PARA CONCESSÃO DE PREMIAÇÃO CULTURAL A GRUPOS, COLETIVOS E ORGANIZAÇÕES DE QUADRILHAS JUNINAS - PRÊMIO MARIA DO CARMO ALVES CAVALCANTE "SOCORRO DE DEOLINDA"**, conforme o quesito raça ou cor utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que sou pessoa ( ) NEGRA ou ( ) INDÍGENA, comprometendo-me a comprovar tal condição perante a SECRETARIA MUNICIPAL DE CULTURAL, DESPORTOS E TURISMO, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaro também que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Proponente  
(Igual ou similar ao documento de identificação)

## DOCUMENTAÇÃO REQUISITADA PARA VERIFICAÇÃO

**Pessoa Negra:** deverá preencher e assinar a autodeclaração Étnico-Racial.

**Pessoa Indígena:** Se já estiver registrado(a) civilmente como indígena, poderá apresentar o registro civil comprovando sua identidade. Caso não possua registro civil como indígena, há outras opções. Poderá apresentar o Registro Administrativo de Nascimento Indígena - RANI, que é expedido pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Caso não tenha o RANI, ainda é possível comprovar a pertença étnica por meio de uma Declaração de Pertencimento Étnico. Esta declaração deve ser assinada pelo Cacique local e pelo Cacique Geral, validando assim a origem indígena do proponente. Adicionalmente, é requerida uma autodeclaração Étnico-Racial (Anexo III), que deve ser preenchida pelo próprio proponente como parte do processo de comprovação de sua identidade indígena.

**Pessoa com Deficiência:** É solicitada a Autodeclaração de Pessoa com Deficiência - PCD (Anexo 1), e anexar laudo médico, com imagem legível e em formato digital, emitido nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, contado da data de publicação deste Edital, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), contendo a assinatura e o carimbo do(a) médico(a) com o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).

## DECLARAÇÃO

Nós, abaixo identificados, integrantes do grupo/coletivo \_\_\_\_\_,  
DECLARAMOS, para os devidos fins de direito, que (Colocar o nome da representante do grupo), CPF. nº  
\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_ (colocar o número do CPF do/a representante), residente na Rua/Av.  
\_\_\_\_\_- Nº \_\_\_\_\_ – Bairro: \_\_\_\_\_,  
CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ - PB, foi nomeado e constituído REPRESENTANTE do grupo,  
por intermédio dos seus componentes, podendo, para tanto, firmar compromissos, fazer acordos, receber  
pagamentos, receber e dar quitação, utilizando o nome do grupo, enfim, praticando todos os atos necessários  
para o bom e fiel desempenho desta representação, dando tudo do bom, firme e valioso.

\_\_\_\_\_  
Nome da Representante Legal  
CPF:

### Componentes:

01. Nome:  
Endereço:  
RG: CPF:  
Profissão:  
Assinatura \_\_\_\_\_

02. Nome:  
Endereço:  
RG: CPF:  
Profissão:  
Assinatura \_\_\_\_\_

03. Nome:  
Endereço:  
RG: CPF:  
Profissão:  
Assinatura \_\_\_\_\_

(Se necessário, insira novas linhas/informações).

(Local e data) \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Proponente (Igual ou similar ao documento de identificação)  
Secretaria Municipal de Cultura, Esportes e Turismo  
Rua Paadre Aires, 10 – Centro  
Brejo do Cruz – Paraíba – CEP: 58890-000