

**EDITAL SECULT N.º 004/2024**

**TERMO DE EXECUÇÃO CULTURAL N° 001/2024**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO N° 11642/2024**

**EDITAL MEU ESPAÇO PROMOVENDO CULTURA**

**CONCESSÃO DE SUBSÍDIOS PARA MANUTENÇÃO, REFORMA, AMPLIAÇÃO OU MODERNIZAÇÃO DE ESPAÇOS ARTÍSTICOS**

**E CULTURAIS, ASSOCIAÇÕES, INSTITUIÇÕES**

**E ORGANIZAÇÕES CULTURAIS COMUNITÁRIAS**

**ANEXO VIII**

**LAUDO MÉDICO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Este laudo deve ser assinado por um profissional de nível superior da área da Saúde.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREENCHA OS CAMPOS ABAIXO**  ATENÇÃO: Os campos marcados com asterisco vermelho (\*) são de preenchimento obrigatório. | | | | | |
| **Nome Completo da Pessoa com Deficiência:** \* | | | |  | |
| **RG:** \* |  | | **CPF:** \* |  | |
| **N.º do CID (Classificação Internacional de Doenças):** \* | | | | |  |
| **Assinale o tipo de deficiência:** \* | | ( ) Auditiva  ( ) Física  ( ) Visual  ( ) Intelectual  ( ) Múltipla  ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Descreva a condição da deficiência:** \* | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Está laudo médico está de acordo com 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).  Lauro de Freitas, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura e carimbo com CRM do profissional de nível superior da área da saúde/especialidade**   * Não serão aceitas assinaturas digitalizadas e coladas. * **Só serão permitidas assinatura de próprio punho ou assinatura eletrônica.** Garanta que seja possível checar se a assinatura eletrônica é verdadeira, caso contrário sua inscrição poderá ser reprovada. | | | | | |