

# CIDASSP

Consórcio  
Intermunicipal de  
Desenvolvimento  
Sustentável

## PROCESSO SELETIVO PÚBLICO SIMPLIFICADO EDITAL Nº 002, DE 24 DE ABRIL DE 2024

### ANEXO V MODELO DE DECLARAÇÃO E DE LAUDO MÉDICO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PCD)

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome completo), \_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_, portador(a) do  
documento de identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº  
\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) à  
\_\_\_\_\_ (endereço completo  
cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no emprego público de  
\_\_\_\_\_ do Processo Seletivo Público Simplificado do CIDASSP – Edital nº  
002/2024, declaro, para fins de reserva de vagas (caso haja), ser pessoa com deficiência  
(PcD) à luz da(s) legislação(ões) presente(es), 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.

Por ser verdade, firmo o presente e, nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
(Local) (Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)