



SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA
EDITAL Nº 001/2025 – PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Eu, _____
_____, portador(a) do RG nº _____,
CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à
_____,
bairro _____, município _____,
telefone () _____, e-mail _____,
candidato(a) inscrito(a) no Processo Seletivo Simplificado regido pelo Edital nº
01/2025, para o cargo de:

- () Professor Nível III
() Monitor de Educação Infantil
() Auxiliar de Ensino
() Outro:

DECLARO, para os devidos fins, que sou **pessoa com deficiência**, nos termos da legislação vigente (Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência), e que desejo concorrer às **vagas reservadas às pessoas com deficiência (PcD)**.

1. Tipo de Deficiência (assinalar e especificar):

- () Física
() Auditiva
() Visual
() Intelectual
() Múltipla
() Transtorno do Espectro Autista – TEA
() Outra:

2. Descrição da Deficiência (conforme laudo médico):

3. CID (Classificação Internacional de Doenças):



SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA
EDITAL Nº 001/2025 – PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

CID: _____

4. Necessidade de Atendimento Especial para as Etapas do Processo Seletivo:

- () Não necessito de atendimento especial
() Necessito de atendimento especial, conforme descrito abaixo:

Descrever claramente o recurso ou adaptação necessária:

5. Documentação

Declaro que estou ciente de que devo anexar a este formulário **laudo médico**, emitido nos últimos 06 (seis) meses, contendo identificação do candidato, descrição da deficiência, CID, assinatura e CRM do médico responsável.

6. Declaração Final

Declaro que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e estou ciente de que a omissão ou prestação de informações falsas poderá resultar no indeferimento da inscrição, eliminação do processo seletivo ou demais sanções cabíveis, conforme legislação vigente.

Mossâmedes (GO) _____/01/2026.

Assinatura do(a) candidato(a):
