



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA LUZIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E CIDADANIA

**ANEXO X – MODELO DE DECLARAÇÃO E DE LAUDO MÉDICO  
PARA VAGAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
(PcD)**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
\_\_\_\_\_ (estado civil), \_\_\_\_\_ (profissão), portador(a) do  
documento de identidade nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a)  
à \_\_\_\_\_  
(endereço completo cidade/estado/CEP), candidato(a) para ingresso no cargo de  
\_\_\_\_\_ **do Processo Seletivo Simplificado para  
Contratação Temporária da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e  
Cidadania – Prefeitura Municipal de Santa Luzia – Edital nº 01/2025, declaro**, para  
fins de reserva de vagas, ser Pessoa com Deficiência (PcD) à luz da(s) legislação(ões)  
presente(s) 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