

ANEXO II
TERMO DE AUTODECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA
PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS 001/2025

NOME DO CANDIDATO:	Nº INSCRIÇÃO
NOME DO PAI:	
NOME DA MÃE:	
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:
CARTEIRA DE IDENTIDADE:	CPF:
CURSO:	
DECLARAÇÃO	
a) Declaro, sob as penas da lei, que sou PESSOA COM DEFICIÊNCIA, nos termos do Decreto Federal no 3.298/1999, em seus artigos 3º e 4º, esse último com a redação dada pelo Decreto no 5.296/2004 e pela Lei n. 13.146/2015 em seu artigo 2º e, em conformidade com a Lei 12.764/2012, que reconhece a pessoa com Transtorno do Espectro Autista como Pessoa com Deficiência. b) Declaro que minha deficiência enquadra-se no seguinte tipo: () Deficiência física – Qual? () Deficiência auditiva - unilateral () bilateral () () Deficiência visual – cegueira () baixa visão () visão monocular () () Transtorno do Espectro Autista () Deficiência Intelectual () Deficiência múltipla (Associação de duas ou mais deficiências – redação dada pelo Decreto nº 5.296/2004, art. 5º, §1º).	

ANEXO II
TERMO DE AUTODECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA
PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS 001/2025

c) Declaro, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, e estou ciente que a não comprovação da deficiência ensejará na minha eliminação da seleção e, se houver sido contratado(a), estarei sujeito a anulação da contratação, após procedimento administrativo em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

d) Estou ciente que poderá ser realizada avaliação biopsicossocial perante o Ministério Público Militar para fins de avaliação da deficiência.

e) Encaminho anexo laudo ou declaração médica contendo o nome legível ou carimbo, assinatura e CRM do(a) profissional que forneceu o documento

LOCAL E DATA:

_____, ____ / ____ / 2025

ASSINATURA DO CANDIDATO:

Recebido por: (assinatura e carimbo):

Recebido em ____ / ____ / ____