



**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PNAB - SALDO REMANESCENTE  
ARAGUATINS - TO Nº 003/2025**

**ANEXO VIII**

**DECLARAÇÃO PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

(Para agentes culturais concorrentes às cotas destinadas a pessoas com deficiência)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, DECLARO para fins de participação no Edital (Nome ou número do edital) que sou pessoa com deficiência.

Por ser verdade, assino a presente declaração e estou ciente de que a apresentação de declaração falsa pode acarretar desclassificação do edital e aplicação de sanções criminais.

**NOME**

**ASSINATURA DO DECLARANTE**



A autenticidade deste documento pode ser conferida pelo QRCode ou no Site <https://www.araguatins.to.gov.br/assinex-validador> por meio do Código de Verificação: **Tipo de Acesso: 1002** e **Chave: MAT-bf2480-17072025130828**