

## ANEXO V



### MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO

#### TERMO DE AUTODECLARAÇÃO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

#### PROCESSO SELETIVO DE ESTAGIÁRIOS

##### IDENTIFICAÇÃO

Nome do(a) candidato(a):	Nº da inscrição
--------------------------	-----------------

Filiação - nome do pai

Filiação - nome da mãe

Naturalidade

Nacionalidade

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).

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 Federal 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:

\_\_\_\_\_/TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Assinatura do(a) candidato(a):