



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE OLIVEDOS  
SECRETARIA DE CULTURA

ANEXO 2

**Documentação Obrigatória Etapa de Habilitação**  
**PESSOA FISICA**

<b>NOME DO PROJETO:</b>
<b>NOME DO PROPONETE:</b>
<b>CATEGORIA:</b>

Nº	DOCUMENTO	SIM	NÃO
03	Cópia do RG		
04	Cópia do CPF		
05	Cópia do Comprovante de Residência		
06	Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas/CNDT		
07	Certidão Negativa de Débitos de Tributos e Contribuições Federais, atualizada		
08	Certidão Negativa Estadual		
09	Certidão Negativa Municipal		
10	Dados bancários (cópia de comprovante constando nome do banco, agência e conta) do proponente, (cartão, extrato ou cheque)		
11	Ficha de Inscrição Preenchida e Assinada		
12	Portfolio		

OLIVEDOS , \_\_\_\_\_ DE MAIO DE 2026  
LOCAL E DATA

(Assinatura do Funcionário que recebeu a inscrição)



**Pessoa Negra:** deverá preencher e assinar a auto declaração Étnico-Racial.

**Pessoa Indígena:** Se já estiver registrado (a) civilmente como indígena, poderá apresentar o registro civil comprovando sua identidade. Caso não possua registro civil como indígena, outras opções. Poderá apresentar o Registro Administrativo de Nascimento Indígena - RANI, que é expedido pela Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Caso não tenha o RANI, ainda é possível comprovar a pertença étnica por meio de uma Declaração de Pertencimento Étnico. Esta declaração deve ser assinada pelo Cacique local e pelo Cacique Geral, validando assim a origem indígena do proponente. Adicionalmente, é requerida um auto declaração Étnico- Racial que deve ser preenchida pelo próprio proponente como parte do processo de comprovação de sua identidade indígena.

**Pessoa com Deficiência:** É solicitada a Auto declaração de Pessoa com Deficiência – PCD e anexar laudo médico, com imagem legível e em formato digital, emitido nos últimos 24 (vinte e quatro) meses, contado da data de publicação deste Edital, atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), contendo a assinatura e o carimbo do(a) médico(a) com o número de sua inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM).