

**ANEXO 1 - AUTODECLARAÇÃO PARA AÇÕES AFIRMATIVAS**

## DOCUMENTAÇÃO REQUISITADA PARA VERIFICAÇÃO

**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, o proponente poderá apresentar sua pertença étnica por meio de uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)**. Esta declaração deve ser assinada pelo Cacique local e pelo Cacique Geral (**quando houver**), validando assim a origem indígena do proponente. Adicionalmente, é requerida uma **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, que deve ser preenchida pelo próprio proponente como parte do processo de comprovação de sua identidade indígena.

**Grupos e coletivos informais indígenas:** Para os coletivos e grupos que atuam em atividades culturais dentro dos territórios indígenas, coordenados e compostos em sua maioria por pessoas indígenas, é solicitado uma **Declaração Coletiva de Pertencimento Étnico (Anexo 1)** assinada pelo Cacique local e pelo Cacique Geral (**quando houver**). Além disso, é obrigatória a entrega da **Autodeclaração Étnico-Racial (Anexo 1)**, preenchida pelo próprio proponente, representante do grupo ou coletivo cultural indígena.

**Pessoa com deficiência:** É solicitada a Autodeclaração de Pessoa com Deficiência - PCD (Anexo 1), e anexar laudo médico, com imagem legível e em formato digital, 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) ou qualquer outra documentação oficial de identificação em que o proponente esteja registrado como pessoa com deficiência.

## AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na Rua/Avenida/Comunidade/Aldeia, Bairro ou Território Indígena \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP nº \_\_\_\_\_.

DECLARO, para o fim específico de atender à documentação exigida pelo “**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA APOIO À EXECUÇÃO DE PROPOSTAS DE MANUTENÇÃO DE BANDAS FILARMÔNICAS E FANFARRAS DO ESTADO DA PARAÍBA**”, conforme o quesito raça ou cor utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que sou pessoa **NEGRA**, comprometendo-me a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaro também que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Proponente

(Igual ou similar ao documento de identificação)

## AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na Rua/Avenida/Comunidade/Aldeia, Bairro ou Território Indígena \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP nº \_\_\_\_\_.

DECLARO, para o fim específico de atender à documentação exigida pelo “**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA APOIO À EXECUÇÃO DE PROPOSTAS DE MANUTENÇÃO DE BANDAS FILARMÔNICAS E FANFARRAS DO ESTADO DA PARAÍBA**”, conforme o quesito raça ou cor utilizado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que sou pessoa **INDÍGENA**, comprometendo-me a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaro também que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Proponente

(Igual ou similar ao documento de identificação)

## DECLARAÇÃO COLETIVA DE PERTENCIMENTO ÉTNICO – PESSOA INDÍGENA

Declaramos para o devido fim específico de atender à documentação exigida pelo “**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA APOIO À EXECUÇÃO DE PROPOSTAS DE MANUTENÇÃO DE BANDAS FILARMÔNICAS E FANFARRAS DO ESTADO DA PARAÍBA**” que é reconhecida como pessoa **INDÍGENA**, pertencente a etnia indígena \_\_\_\_\_ com origens ancestrais à Aldeia e/ou Território Indígena \_\_\_\_\_, localizada no município de \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_. Nos comprometemos a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaramos também que as informações prestadas são de nossa responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2025.

---

**Assinatura do(a) Cacique Local**

(Igual ou similar ao documento de identificação) Número de CPF: \_\_\_\_\_  
Contato telefônico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

---

**Assinatura do(a) Cacique Geral (quando houver)**

(Igual ou similar ao documento de identificação) Número de CPF: \_\_\_\_\_  
Contato telefônico: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na Rua/Avenida/Comunidade \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, UF: \_\_\_\_\_, CEP nº \_\_\_\_\_.

DECLARO, para o fim específico de atender à documentação exigida pelo EDITAL **“EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO PARA APOIO À EXECUÇÃO DE PROPOSTAS DE MANUTENÇÃO DE BANDAS FILARMÔNICAS E FANFARRAS DO ESTADO DA PARAÍBA”**, que sou **PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD**, anexo junto a esta autodeclaração a documentação exigida, comprometendo-me a comprovar tal condição perante a SECRETARIA DE ESTADO DA CULTURA, quando solicitada, no que se refere à reserva de vagas deste Edital. Declaro também que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou não comprovação da deficiência, estarei sujeita às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação e premiação será tornada sem efeito. Esta declaração tem validade apenas para o processo seletivo acima indicado.

(Local e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

---

Assinatura do(a) Proponente  
(Igual ou similar ao documento de identificação)



SECRETARIA DE ESTADO  
DA CULTURA



GOVERNO  
DA PARAÍBA



MINISTÉRIO DA  
CULTURA

