



## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO № 17/2024/SECEL- MT CRIATIVO EDIÇÃO POLÍTICA NACIONAL ALDIR BLANC DE FOMENTO À CULTURA - PNAB I PROCESSO - SECEL-PRO-2024/09291

# ANEXO II FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO / PLANO DE TRABALHO CATEGORIA 1 – NEGÓCIO CRIATIVO E/OU SOCIOCULTURAL

### CADASTRO BÁSICO (PARA TODOS)

DECLARO QUE LI INTEGRALMENTE O EDITAL E TENHO CONHECIMENTO E ACEITO AS NORMAS, EM ESPECIAL A LEI Nº 14.399/2022, LEI Nº 14.903/2024, DECRETO Nº 11.740/2023, DECRETO Nº 11.453/2023, BEM COMO AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE EDITAL, SEUS ANEXOS E POSTERIORES RETIFICAÇÕES, CASO OCORRAM, DOS QUAIS NÃO PODEREI ALEGAR DESCONHECIMENTO.

DECLARO QUE ESTOU E CONCORDO COM A COLETA E A UTILIZAÇÃO DOS MEUS DADOS PESSOAIS E JURÍDICOS PARA FINS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA LEI Nº 14.399 DE 8 DE JULHO DE 2022, EM CONFORMIDADE COM A INSTRUÇÃO NORMATIVA MINC Nº 19 DE 15 DE OUTUBRO DE 2024.

( ) DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM O CONSENTIMENTO ACIMA. (OBRIGATÓRIO)

#### ASSINALAR A PERSONALIDADE DO AGENTE CULTURAL:

- ( ) PESSOA FÍSICA
- ( ) MEI MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL
- ( ) PESSOA JURÍDICA SEM FINS LUCRATIVOS
- ( ) PESSOA JURÍDICA COM FINS LUCRATIVOS

(OBRIGATÓRIO)

### QUER FAZER ADESÃO ÀS COTAS?

(OBRIGATÓRIO)

( ) NÃO VOU ADERIR ÀS COTAS – OPTO PELA AMPLA CONCORRÊNCIA

( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA NEGRA (PRETA E PARDA) OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA NEGRA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA

### **UPLOAD DE ARQUIVOS:**

- AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;
- 03 (TRÊS) FOTOS DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS







	AFIRMATIVAS, CONFORME O
( ) OLIEDO ADEDID À COTA DE DECCOA	ANEXO V;
( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA	UPLOAD DE ARQUIVOS:
INDÍGENA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO	DECLARAÇÃO DE  DEDTENSIA SANTO CONSORAS O
REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA	PERTENCIMENTO, CONFORME O
INDÍGENA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA	ANEXO VII;
	CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL
	DE IDENTIFICAÇÃO DA
	LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU
	POPULAÇÃO, CASO O
	DOCUMENTO TENHA SIDO
	ASSINADO DE FORMA
	MANUSCRITA;
( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA	UPLOAD DE ARQUIVOS:
COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA,	AUTODECLARAÇÃO PARA
CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA	ADESÃO ÀS POLÍTICAS
PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA	AFIRMATIVAS, CONFORME
CONCORRÊNCIA	ANEXO VI;
CONCONNEIVER	LAUDO MÉDICO CONFORME
	ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS
	POLÍTICAS AFIRMATIVAS
	CONTIDA NO ANEXO V OU
	COMPROVANTE DE
	RECEBIMENTO DO BPC –
	BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
	CONTINUADA;
	(O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE
	DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA
	DATA DE SUA ASSINATURA)
	(NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM
	DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE
	É INDETERMINADA)
	(NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
	CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS)
	ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO
	COMPROVANTE)
SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PcD,	( ) AUDITIVA
INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA:	( ) FÍSICA
(OBRIGATÓRIO)	( ) INTELECTUAL
(=====,	( ) MÚLTIPLA
	( ) VISUAL
	( ) VISUAL







	( ) OUTRO TIPO, INDICAR QUAL:
CADASTRO PARA AGENTE CI	ULTURAL - PESSOA JURÍDICA
RAZÃO SOCIAL: (OBRIGATÓRIO)	
NOME FANTASIA: (OBRIGATÓRIO)	
PORTFÓLIO / CURRÍCULO DA PESSOA JURÍDICA: (OBRIGATÓRIO)	UPLOAD DE ARQUIVO:  RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
Nº ID DO AGENTE CULTURAL DA PESSOA JURÍDICA NA PLATAFORMA MAPAS MT: (OBRIGATÓRIO)	(SOMENTE NÚMEROS – 04 DÍGITOS)
CNPJ – CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA (OBRIGATÓRIO)	(SOMENTE NÚMEROS – 14 DÍGITOS)
DATA DE ABERTURA DA PESSOA JURÍDICA – CNPJ (OBRIGATÓRIO)	xx/xx/xxxx
CÓPIA DO COMPROVANTE ATUAL DE	UPLOAD DE ARQUIVO:
INSCRIÇÃO E SITUAÇÃO CADASTRAL –	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
CARTÃO CNPJ: (OBRIGATÓRIO)	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO
SERÁ CONSIDERADO COMO ATUAL O	PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO
COMPROVANTE COM DATA DE EMISSÃO	O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO
DE MÁXIMO ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS	E COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB
ANTERIORES À DATA DE PUBLICAÇÃO DO PRESENTE EDITAL.	(DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
CNAE PRINCIPAL (CADASTRO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS) (OBRIGATÓRIO)	(SOMENTE NÚMEROS – 07 DÍGITOS)
CNAE'S SECUNDÁRIAS (OPCIONAL)	PODERÁ SER ADICIONADO ATÉ 4 (QUATRO) CÓDIGOS DE CNAE ALÉM DA PRINCIPAL. (SOMENTE NÚMEROS – 07 DÍGITOS)
ENDEREÇO COMPLETO DA PESSOA JURÍDICA: (OBRIGATÓRIO)	(LETRAS E NÚMEROS)
BAIRRO: (OBRIGATÓRIO)	(LETRAS E NÚMEROS)







MUNICÍDIO DE MATO CROSSO.	/ECCOLLIED DE LICTA CLICDENICA DE MAT
MUNICÍPIO DE MATO GROSSO:	(ESCOLHER DE LISTA SUSPENSA DE MT
(OBRIGATÓRIO)	OU OUTRO MUNICÍPIO E ESTADO)
CEP: (OBRIGATÓRIO)	XX.XXX-XXX
COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL DA PESSOA JURÍDICA EM MATO	UPLOAD DE ARQUIVO:
	NO CASO DE ANEXAR O
GROSSO:	COMPROVANTE DE ENDEREÇO,
( ) DESEJO ANEXAR O COMPROVANTE DE	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO
ENDEREÇO  ( ) DESEJO UTILIZAR O CARTÃO CNPJ	ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM
COMO COMPROVANTE DE ENDEREÇO	ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1
COMO COMPROVANTE DE ENDEREÇO	(UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM
(SERÁ CONSIDERADO COMO ATUAL O	TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ
COMPROVANTE COM DATA DE EMISSÃO	MEGABYTES) POR ARQUIVO.
DE NO MÁXIMO ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS	WEGABITES/TON ANGOIVO.
ANTERIORES À DATA DE PUBLICAÇÃO DO	(O CAMPO PARA UPLOAD SERÁ ABERTO
PRESENTE EDITAL).	SOMENTE NO CASO DO USO DO
	COMPROVANTE DE ENDEREÇO)
TELEFONE PRINCIPAL DA PESSOA	(XX) XXXXX-XXXX
JURÍDICA: (OBRIGATÓRIO)	
TELEFONE SECUNDÁRIO DA PESSOA	(XX) XXXXX-XXXX
JURÍDICA: (OPCIONAL)	
EMAIL PRINCIPAL DA PESSOA JURÍDICA:	ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
(OBRIGATÓRIO)	
EMAIL SECUNDÁRIO DA PESSOA	ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
JURÍDICA: (OPCIONAL)	
INSTAGRAM: (OPCIONAL)	
FACEBOOK: (OPCIONAL)	
X (TWITTER): (OPCIONAL)	
TIK TOK: (OPCIONAL)	
YOUTUBE: (OPCIONAL)	
SITE / PORTFÓLIO ONLINE: (OPCIONAL)	
INFORMAÇÕES DO(A) REPRESENTA	ANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA
NOME COMPLETO: (OBRIGATÓRIO)	(LETRAS)
NOME ARTÍSTICO: (OPCIONAL)	(LETRAS)
NOME SOCIAL:	(LETRAS)
(OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO	
ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE	
2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO	
NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA	
IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS	
TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO	
DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL	







DIRETA, AUTÁRQUICA E FUNDACIONAL", A(O) PROPONENTE QUE MANIFESTAR A VONTADE DE USO DO NOME SOCIAL DEVERÁ REALIZAR O PREENCHIMENTO DO CAMPO "NOME SOCIAL"). (OPCIONAL)	
,	/I ETDAC\
CARGO QUE OCUPA NA DIRETORIA: (OBRIGATÓRIO. COM EXCEÇÃO PARA MEI)	(LETRAS)
CPF - CADASTRO DE PESSOA FÍSICA: (OBRIGATÓRIO)	INFORMAR O № DO CPF (11 DÍGITOS)
	UPLOAD DE ARQUIVO:
	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO
	ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM
	ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1
	(UM) ARQUIVO DE ANEXO E
	COM TAMANHO MÁXIMO DE
	10MB (DEZ MEGABYTES) POR
DOCUMENTO OFICIAL DE	ARQUIVO;
DOCUMENTO OFICIAL DE	INFORMAR O Nº DO DOCUMENTO
IDENTIFICAÇÃO: (RG, RNE, CNH, PPD, OUTROS) (OBRIGATÓRIO)	(NÚMEROS E LETRAS)
OUTROS) (OBRIGATORIO)	UPLOAD DE ARQUIVO:
	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO
	ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM
	ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1
	(UM) ARQUIVO DE ANEXO E
	COM TAMANHO MÁXIMO DE
	10MB (DEZ MEGABYTES) POR
	ARQUIVO;
ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF OU OUTRA	(NÚMEROS, LETRAS E CARACTERES
INFORMAÇÃO DO DOCUMENTO OFICIAL	ESPECIAIS)
DE IDENTIFICAÇÃO: (OBRIGATÓRIO)	25. 25. 15.
DATA DE NASCIMENTO: (OBRIGATÓRIO)	XX/XX/XXXX
E-MAIL: (OBRIGATÓRIO)	ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
TELEFONE MÓVEL: (OBRIGATÓRIO)	(XX) XXXXX-XXXX
TELEFONE FIXO: (OPCIONAL)	(XX) XXXXX-XXXX

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DO REPRESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA







QUAL A SUA PRINCIPAL	( ) ARTISTA, ARTESÃO(A), BRINCANTE,
FUNÇÃO/PROFISSÃO NO CAMPO	CRIADOR(A) E AFINS
ARTÍSTICO E CULTURAL?	( ) INSTRUTOR(A), OFICINEIRO(A),
ARTISTICO E COLTORAL!	EDUCADOR(A) ARTÍSTICO(A)-CULTURAL
	E AFINS
	( ) CURADOR(A), PROGRAMADOR(A) E AFINS
	1
	( ) PRODUTOR(A)
	( ) GESTOR(A)
	( ) TÉCNICO(A)
	( ) CONSULTOR(A), PESQUISADOR(A) E
	AFINS.
oêveno.	( ) OUTRO(A) / QUAL?
GÊNERO:	( ) MULHER CISGÊNERO
(OBRIGATÓRIO)	( ) HOMEM CISGÊNERO
	( ) MULHER TRANSGÊNERO
	( ) HOMEM TRANSGÊNERO
	( ) PESSOA NÃO BINÁRIA
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	( ) PREFIRO NÃO INFORMAR
VAI ADERIR ÀS POLÍTICAS	UPLOAD DE ARQUIVOS:
AFIRMATIVAS?	AUTODECLARAÇÃO PARA
( ) NÃO VOU ADERIR	ADESÃO ÀS POLÍTICAS
( ) VOU ADERIR	AFIRMATIVAS, CONFORME
ADDID AC ODCÕEC DADA OLIEMA FOD	ANEXO VI;
ABRIR AS OPÇÕES PARA QUEM FOR ADERIR:	NO CASO DE PESSOA EGRESSA DO
	SISTEMA PRISIONAL, FAZER
( ) PESSOA NEGRA (PRETA E PARDA) ( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PcD	UPLOAD DA CERTIDÃO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS
( ) MULHER (CIS)	CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS E MEDIDAS
( ) PESSOA TRANS (PESSOA QUE SE	
IDENTIFIQUE COMO MULHER TRANS /	SÓCIO PROTETIVAS QUE É FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE
TRAVESTI OU HOMEM TRANS);	CUMPRIMENTO DA MEDIDA,
( ) PESSOA EGRESSA DO SISTEMA	COMPRIMENTO DA MEDIDA, CONFORME O CASO ESPECÍFICO;
PRISIONAL	NO CASO DE PCD — FAZER
( ) PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	UPLOAD DO LAUDO MÉDICO OU
( ) PESSOA IMIGRANTE E/OU	COMPROVANTE DO BENEFÍCIO
REFUGIADA	DE PRESTAÇÃO CONTINUADA -
( ) PESSOA IDOSA	BPC, CONFORME O CASO;
( ). 2330/(1503/	BI C, COINI OINIVIL O CASO,
(SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)	(LAUDO MÉDICO: DEVE TER VALIDADE
(	DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA
	DATA DE SUA ASSINATURA);







	(LAUDO MÉDICO QUE ATESTE A DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA);  (BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC, A VALIDADE É DE 2
	(DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE).
PERTENCE A ALGUMA COMUNIDADE OU	
POPULAÇÃO TRADICIONAL? (OBRIGATÓRIO)	UPLOAD DE ARQUIVOS:
( ) NÃO PERTENÇO A COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL (NÃO EXIGIR UPLOAD DE ARQUIVOS, NEM ABRIR AS DEMAIS OPÇÕES)	DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO, CONFORME O ANEXO VII;
( ) FAÇO PARTE DE COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL:	<ul> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL</li> <li>DE IDENTIFICAÇÃO DA</li> <li>LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU</li> </ul>
(ABRIR AS OPÇÕES ABAIXO):	POPULAÇÃO A QUAL PERTENCE, CASO O DOCUMENTO TENHA
( ) POVOS INDÍGENAS ( ) COMUNIDADES RIBEIRINHAS ( ) COMUNIDADES PANTANEIRAS ( ) COMUNIDADES RURAIS (AGRICULTURA FAMILIAR) ( ) POVOS CIGANOS ( ) POVOS DE TERREIRO ( ) QUILOMBOLAS ( ) OUTRA COMUNIDADE TRADICIONAL, INDICAR QUAL:	SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;
(SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)	() 22574
QUAL SUA RAÇA/COR/ETNIA? (OBRIGATÓRIO)	() PRETA () PARDA () BRANCA () AMARELA () INDÍGENA
QUAL O SEU GRAU DE ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)	( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL ( ) ANALFABETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO







	( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
	( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
	( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO
	( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO
	( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
	( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO
	( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO
	( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO
QUAL A SUA RENDA MENSAL FIXA	( ) NENHUMA RENDA
INDIVIDUAL (MÉDIA MENSAL BRUTA	( ) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO
APROXIMADA) NOS ÚLTIMOS 3 MESES?	( ) DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
(Calcule fazendo uma média das suas	( ) DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
remunerações nos últimos 3 meses. Em	( ) DE 5 A 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
2024, o salário mínimo foi fixado em	( ) DE 8 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
R\$1.412,00)	( ) ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
(OBRIGATÓRIO)	
VOCÊ É BENEFICIÁRIO DE ALGUM	( ) NÃO
PROGRAMA SOCIAL?	( ) BOLSA FAMÍLIA
(OBRIGATÓRIO)	( ) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
	CONTINUADA - BPC
	( ) OUTRO, INDICAR
	QUAL:

CADASTRO PARA AGENTE CULTURAL - PESSOA FÍSICA	
NOME COMPLETO:	
(OBRIGATÓRIO)	
NOME ARTÍSTICO: (CASO TENHA)	
(OPCIONAL)	
NOME SOCIAL:	(LETRAS)
(OPCIONAL, DE ACORDO COM O	
DECRETO ESTADUAL № 854, DE 11	
DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE	
SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O	
RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE	
DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS	
E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA	
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	
ESTADUAL DIRETA, AUTÁRQUICA E	
FUNDACIONAL", A(O) PROPONENTE	
QUE MANIFESTAR A VONTADE DE	
USO DO NOME SOCIAL DEVERÁ	
REALIZAR O PREENCHIMENTO DO	







CAMPO "NOME SOCIAL").	
(OPCIONAL)	
QUAL A SUA PRINCIPAL FUNÇÃO/PROFISSÃO NO CAMPO	( ) ARTISTA, ARTESÃO(A), BRINCANTE, CRIADOR(A) E AFINS
ARTÍSTICO E CULTURAL?	( ) INSTRUTOR(A), OFICINEIRO(A),
(OBRIGATÓRIO)	EDUCADOR(A) ARTÍSTICO(A)-CULTURAL E AFINS
	( ) CURADOR(A), PROGRAMADOR(A) E AFINS ( ) PRODUTOR(A) ( ) GESTOR(A) ( ) TÉCNICO(A) ( ) CONSULTOR(A), PESQUISADOR(A) E AFINS. ( ) OUTRO(A) / QUAL?
PORTFÓLIO / CURRÍCULO:	UPLOAD DE ARQUIVO:
(OBRIGATÓRIO)	<ul> <li>RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO.</li> <li>LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM TAMANHO</li> </ul>
	MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
CPF - CADASTRO DE PESSOA	INFORMAR O № DO CPF (SOMENTE
<b>FÍSICA:</b> (OBRIGATÓRIO)	NÚMEROS – 11 DÍGITOS) UPLOAD DE ARQUIVO:
	<ul> <li>RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO;</li> </ul>
DOCUMENTO OFICIAL DE	INFORMAR O № DO DOCUMENTO (NÚMEROS
IDENTIFICAÇÃO: (RG, RNE, CNH, PPD, OUTROS) (OBRIGATÓRIO)	E LETRAS)
,	UPLOAD DE ARQUIVO:  • RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM TAMANHO







	MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO;
ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF OU OUTRA INFORMAÇÃO DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO: (OBRIGATÓRIO)	(NÚMEROS, LETRAS E CARACTERES ESPECIAIS)
DATA DE NASCIMENTO:	XX/XX/XXXX
(OBRIGATÓRIO)	
E-MAIL: (OBRIGATÓRIO)	ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
TELEFONE MÓVEL: (OBRIGATÓRIO)	(XX) XXXXX-XXXX
TELEFONE FIXO: (OPCIONAL)	(XX) XXXXX-XXXX
Nº ID DO AGENTE CULTURAL DA	(SOMENTE NÚMEROS – 04 DÍGITOS)
PESSOA FÍSICA NA PLATAFORMA	
MAPAS MT:	
(OBRIGATÓRIO)	
ENDEREÇO COMPLETO:	(LETRAS E NÚMEROS)
(OBRIGATÓRIO)	(LETPACE AUÉNAEROC)
BAIRRO:	(LETRAS E NÚMEROS)
(OBRIGATÓRIO)  MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA OU	(FCCOLLIED DE LISTA SLISDENSA)
DOMICÍLIO:	(ESCOLHER DE LISTA SUSPENSA)
(OBRIGATÓRIO)	
CEP: (OBRIGATÓRIO)	(NÚMEROS – 8 DÍGITOS)
CÓPIA DO COMPROVANTE DE	UPLOAD DE ARQUIVOS:
ENDEREÇO ATUAL EM MATO	of EGAD DE ANQUIVOS.
GROSSO: (OBRIGATÓRIO)	
( ) POSSUI DOCUMENTO DE ENDEREÇO EM SEU NOME?  ( ) POSSUI COMPROVANTE DE ENDEREÇO EM NOME DE TERCEIRO?  ( ) NO CASO DE PESSOAS CIRCENSES, COMUNIDADES	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
CIGANAS, POVOS INDÍGENAS, QUILOMBOLAS, IMIGRANTES/REFUGIADOS, RIBEIRINHOS, PANTANEIROS, AGRICULTURA FAMILIAR, QUE NÃO POSSUI COMPROVANTE DE ENDEREÇO	NO CASO DO AGENTE CULTURAL NÃO POSSUIR DOCUMENTO DE ENDEREÇO EM SEU NOME – REALIZAR UPLOAD DA DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO (ANEXO IX) EM NOME DE TERCEIRO;
,	<ul> <li>REALIZAR UPLOAD DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO TERCEIRO;</li> </ul>







(SERÁ CONSIDERADO COMO ATUAL O COMPROVANTE COM DATA DE EMISSÃO DE MÁXIMO ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS ANTERIORES À DATA DE PUBLICAÇÃO DO PRESENTE EDITAL).

(OBRIGATÓRIO)

- REALIZAR UPLOAD DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO OFICIAL DO TERCEIRO, CASO O DOCUMENTO DE DECLARAÇÃO TENHA SIDO ASSINADA DE FORMA MANUSCRITA.
- NO CASO DE PESSOAS CIRCENSES, COMUNIDADES CIGANAS, **POVOS** INDÍGENAS, QUILOMBOLAS, IMIGRANTES/REFUGIADOS, RIBEIRINHOS, PANTANEIROS, AGRICULTURA FAMILIAR QUE NÃO POSSUÍREM DOCUMENTO DF ENDEREÇO, REALIZAR O UPLOAD DA AUTODECLARAÇÃO CONSTANTE NO ANEXO X.

### VAI ADERIR ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS?

- ( ) NÃO VOU ADERIR
- () VOU ADERIR

ABRIR AS OPÇÕES PARA QUEM FOR ADERIR:

- ( ) PESSOA NEGRA (PRETA E PARDA)
- ( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA PcD
- () MULHER (CIS)
- ( ) PESSOA TRANS (PESSOA QUE SE IDENTIFIQUE COMO MULHER TRANS / TRAVESTI OU HOMEM TRANS);
- ( ) PESSOA EGRESSA DO SISTEMA PRISIONAL
- ( ) PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA
- ( ) PESSOA IMIGRANTE E/OU REFUGIADA
- ( ) PESSOA IDOSA

(SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)

### **UPLOAD DE ARQUIVOS:**

- AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;
- NO CASO DE PESSOA EGRESSA DO SISTEMA PRISIONAL, FAZER UPLOAD DA CERTIDÃO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS E MEDIDAS SÓCIO PROTETIVAS QUE É FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA, CONFORME O CASO ESPECÍFICO;
- NO CASO DE PcD FAZER UPLOAD DO LAUDO MÉDICO, CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;

(O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)







(SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)  QUAL SUA RAÇA/COR/ETNIA? (OBRIGATÓRIO)  () PRETA () PARDA () BRANCA () AMARELA () INDÍGENA  QUAL A SUA ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)  () NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL () ANALFABETO () ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO () PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO () PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO () PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO	PERTENCE A ALGUMA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL? (OBRIGATÓRIO) ( ) NÃO PERTENÇO A COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL (NÃO EXIGIR UPLOAD DE ARQUIVOS) ( ) COMUNIDADES RIBEIRINHAS ( ) COMUNIDADES PANTANEIRAS ( ) COMUNIDADES RURAIS (AGRICULTURA FAMILIAR) ( ) POVOS CIGANOS ( ) POVOS DE TERREIRO ( ) QUILOMBOLAS ( ) OUTRA COMUNIDADE TRADICIONAL, INDICAR QUAL:	(NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  UPLOAD DE ARQUIVOS:  • DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO, CONFORME O ANEXO VII;  • CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO A QUAL PERTENCE, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;
( ) BRANCA ( ) AMARELA ( ) INDÍGENA  QUAL A SUA ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)  ( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL ( ) ANALFABETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		() PRETA
() AMARELA () INDÍGENA  QUAL A SUA ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)  ( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL ( ) ANALFABETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO	1 .	``
() INDÍGENA  QUAL A SUA ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)  ( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL ( ) ANALFABETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		
QUAL A SUA ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)  ( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL ( ) ANALFABETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		, ,
( ) ANALFABETO	OHALA CHA ECCOLARIZA DEZ	` '
( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO	-	
( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO	(OBMOATOMO)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		` '
( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		
( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		` '
( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		
( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		' '
( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO		
		, ,
	OUAL A SUA RENDA MENSAL FIXA	
INDIVIDUAL (MÉDIA MENSAL ( ) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO	-	` '







BRUTA APROXIMADA) NOS	( ) DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
<b>ÚLTIMOS 3 MESES?</b> (OBRIGATÓRIO)	( ) DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
(Calcule fazendo uma média das	( ) DE 5 A 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
suas remunerações nos últimos 3	( ) DE 8 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
meses. Em 2024, o salário mínimo	( ) ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
foi fixado em R\$1.412,00.)	
VOCÊ É BENEFICIÁRIO DE ALGUM	() NÃO
PROGRAMA	( ) BOLSA FAMÍLIA
SOCIAL? (OBRIGATÓRIO)	( ) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA -
	BPC
	( ) OUTRO, INDICAR
	QUAL:
GÊNERO:	( ) MULHER CISGÊNERO
(OBRIGATÓRIO)	( ) HOMEM CISGÊNERO
	( ) MULHER TRANSGÊNERO
	( ) HOMEM TRANSGÊNERO
	( ) PESSOA NÃO BINÁRIA
	( ) PREFIRO NÃO INFORMAR
INSTAGRAM: (OPCIONAL)	
FACEBOOK: (OPCIONAL)	
X (TWITTER): (OPCIONAL)	
TIK TOK: (OPCIONAL)	
YOUTUBE: (OPCIONAL)	
SITE / PORTFÓLIO ONLINE:	
(OPCIONAL)	
DADOS DO PROJETO	
NOME DO PROJETO:	(LETRAS E NÚMEROS)
(OBRIGATÓRIO)	
QUAL A CATEGORIA QUE VAI	( ) SUBCATEGORIA 1 – SEMENTE CRIATIVA
CONCORRER?	( ) SUBCATEGORIA 2 – CRESCIMENTO
(OBRIGATÓRIO - SELECIONAR)	SUSTENTÁVEL
	( ) SUBCATEGORIA 3 – MATURIDADE
	EMPRESARIAL
FAÇA A DESCRIÇÃO DO PROJETO:	(DESCREVA BREVEMENTE O SEU PROJETO,
(OBRIGATÓRIO)	APRESENTANDO UMA VISÃO GERAL DA IDEIA PRINCIPAL E INDICANDO O(S) SEGMENTO(S) DA ECONOMIA
	CRIATIVA COM OS QUAIS ELE
	SE RELACIONA, ALÉM DE JUSTIFICAR POR QUE ELE SE
	ENQUADRA NA SUBCATEGORIA ESCOLHIDA POR
	VOCÊ).
	Exemplo: Projeto "Cine Raiz" consiste na criação de uma
	plataforma online dedicada à exibição de curtas- metragens de cineastas independentes, com foco em







	narrar histórias locais e promover discussões sobre a cultura regional. O objetivo é valorizar a produção
	cinematográfica local e incentivar a troca de
	experiências entre artistas e o público. Enquanto
	segmento da economia criativa, esse projeto se
	enquadra na área de Audiovisual [Mundo das Artes], e
	está inscrito na subcategoria 1 do edital, pois está na
	fase de ideação.
QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DO	(NESTE CAMPO, VOCÊ DEVE PROPOR OBJETIVOS PARA
PROJETO?	O SEU PROJETO, OU SEJA, DEVE INFORMAR O QUE VOCÊ
(OBRIGATÓRIO)	PRETENDE ALCANÇAR COM A REALIZAÇÃO DO PROJETO. É IMPORTANTE QUE VOCÊ SEJA BREVE E PROPONHA
	ENTRE TRÊS E CINCO OBJETIVOS.)
	Exemplo: Promover a diversidade cultural através da
	exibição de obras
	cinematográficas que refletem a identidade local.
PROBLEMAS OU NECESSIDADES	(EXPLIQUE O PROBLEMA OU NECESSIDADE
QUE O PROJETO ABORDA	DO MERCADO OU DA SOCIEDADE QUE O SEU PROJETO
(OBRIGATÓRIO)	BUSCA RESOLVER)
(OBRIGATORIO)	Exemplo: A falta de visibilidade para cineastas locais e a
	escassez de plataformas que exibam conteúdos
	autênticos sobre a cultura da região.
PROPOSTA DE SOLUÇÃO E	(DESCREVA COMO SEU PROJETO SE PROPÕE A
INOVAÇÃO	SOLUCIONAR
(OBRIGATÓRIO)	ESSA NECESSIDADE DE FORMA INOVADORA).
,	Exemplo: criar um sistema de curadoria que
	permita que cineastas enviem suas obras para serem exibidas, promovendo um
	festival online anual.
QUAIS SÃO AS METAS DO	(NESTE ESPAÇO, É NECESSÁRIO DETALHAR OS
PROJETO?	OBJETIVOS EM PEQUENAS AÇÕES E/OU RESULTADOS
	QUE SEJAM QUANTIFICÁVEIS).
(OBRIGATÓRIO)	Exemplo: realização de 02 oficinas de artes circenses;
	confecção de 80 figurinos; 120 pessoas idosas
_	beneficiadas.
QUAL O PERFIL DO PÚBLICO A SER	(PREENCHA AQUI INFORMAÇÕES SOBRE AS PESSOAS
ATINICIDO DELO DDOJETO.	~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~
ATINGIDO PELO PROJETO:	QUE SERÃO BENEFICIADAS OU PARTICIPARÃO DO SEU
(OBRIGATÓRIO)	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU
	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O PERFIL DAS PESSOAS A QUE SEU PROJETO SE
(OBRIGATÓRIO)  IMPACTO ESPERADO E	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O PERFIL DAS PESSOAS A QUE SEU PROJETO SE DIRECIONA?)
(OBRIGATÓRIO)  IMPACTO ESPERADO E TRANSFORMAÇÕES ALMEJADAS	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O PERFIL DAS PESSOAS A QUE SEU PROJETO SE DIRECIONA?)  (QUAL IMPACTO SOCIAL, AMBIENTAL, CULTURAL OU ECONÔMICO VOCÊ ESPERA GERAR COM O PROJETO?
(OBRIGATÓRIO)  IMPACTO ESPERADO E	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O PERFIL DAS PESSOAS A QUE SEU PROJETO SE DIRECIONA?)  (QUAL IMPACTO SOCIAL, AMBIENTAL, CULTURAL OU ECONÔMICO VOCÊ ESPERA GERAR COM O PROJETO?  Exemplo: Aumentar o reconhecimento e a valorização de
(OBRIGATÓRIO)  IMPACTO ESPERADO E TRANSFORMAÇÕES ALMEJADAS	PROJETO. PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O PERFIL DAS PESSOAS A QUE SEU PROJETO SE DIRECIONA?)  (QUAL IMPACTO SOCIAL, AMBIENTAL, CULTURAL OU ECONÔMICO VOCÊ ESPERA GERAR COM O PROJETO?







	(CASO 16 TENUA LINA PROTÉTURO CUARTO				
PROTÓTIPO OU PRODUTO	(CASO JÁ TENHA UM PROTÓTIPO OU MVP,				
MÍNIMO VIÁVEL – MVP	DESCREVA-O. COMO ELE AJUDOU A VALIDAR A IDEIA E				
(OBRIGATÓRIO)	O INTERESSE DO PÚBLICO?).  Exemplo: Um site de testes foi criado com três curtas-				
	metragens, e os resultados mostram um bom				
	engajamento nas redes sociais.				
PRINCIPAIS RESULTADOS	(QUAIS RESULTADOS TANGÍVEIS VOCÊ ESPERA				
	ALCANÇAR E COMO PRETENDE MEDI-LOS?)				
ESPERADOS – INDICADORES DE	Exemplo: 10 mil visualizações nos primeiros três meses e				
SUCESSO	1.000 interações nas redes sociais, como				
(OBRIGATÓRIO)	comentários e compartilhamentos.				
PARCEIROS E APOIOS	(INDIQUE POSSÍVEIS PARCEIROS OU COLABORAÇÕES				
ESTRATÉGICOS	QUE DARÃO SUPORTE AO PROJETO).				
(OBRIGATÓRIO)	Exemplo: Universidades de cinema, associações				
(OBMOATOMO)	culturais locais e empresas de tecnologia para o				
	desenvolvimento da plataforma.				
SUSTENTABILIDADE E POTENCIAL	(COMO O PROJETO PODERÁ SE MANTER				
DE EXPANSÃO	FINANCEIRAMENTE NO LONGO PRAZO E EXPANDIR?)				
(OBRIGATÓRIO)	Exemplo: Receitas através de assinaturas premium para acesso a conteúdo exclusivos e venda de ingressos para				
·	eventos de exibição.				
CONSTRIBUIÇÃO PARA A CULTURA	(DE QUE MANEIRA O PROJETO CONTRIBUI PARA O				
	DESENVOLVIMENTO DA CULTURA E ECONOMIA				
LOCAL, ECONOMIA CRIATIVA E	CRIATIVA DA REGIÃO, ALÉM DE CONSIDERAR SEU				
IMPACTO SOCIAL E AMBIENTAL	IMPACTO AMBIENTAL E SOCIAL?)				
(OBRIGATÓRIO)	Exemplo: Estimulando a produção audiovisual local,				
	criando oportunidades de trabalho para cineastas e				
	técnicos, e promovendo práticas sustentáveis de				
	produção cinematográfica, como a utilização de				
	materiais recicláveis.				
DESAFIOS E RISCOS POTENCIAIS	(IDENTIFIQUE POSSÍVEIS DESAFIOS E RISCOS QUE				
(OBRIGATÓRIO)	PODEM AFETAR O PROJETO E COMO PLANEJA MITIGÁ-LOS.)				
	Exemplo: Baixo engajamento do público; mitigação:				
	pesquisa constante sobre o que o público deseja ver e				
	adaptar as exibições.				
ALINHAMENTO COM OS	(COMO O SEU PROJETO SE ALINHA COM OS ODS?				
OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO	INDIQUE QUAIS ODS SÃO MAIS RELEVANTES PARA A				
SUSTENTÁVEL – ODS	SUA PROPOSTA E DE QUE MANEIRA.)				
	Exemplo: Alinhamento com o ODS 4 (Educação de				
(OBRIGATÓRIO)	Qualidade) ao oferecer conteúdo educacional através de				
	cinema, e ODS 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis)				
	ao promover a cultura local.				
JUSTIFICATIVA	(EXPLIQUE DE FORMA CLARA E OBJETIVA POR QUE				
(OBRIGATÓRIO)	O SEU PROJETO MERECE SER SELECIONADO)				
SUA AÇÃO CULTURAL É VOLTADA	( ) PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA				
PRIORITARIAMENTE PARA ALGUM					
DESTES PERFIS DE PÚBLICO?	( ) PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA				
(OBRIGATÓRIO)	1 / 1 ESSORS EN SHORÇAO DE NOR				
(UDRIGATURIU)					







	( ) PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RESTRIÇÃO E PRIVAÇÃO DE LIBERDADE (POPULAÇÃO CARCERÁRIA) ( ) PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ( ) PESSOAS EM SOFRIMENTO FÍSICO E/OU PSÍQUICO ( ) MULHERES ( ) LGBTQIAPN+ ( ) POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS ( ) NEGROS E/OU NEGRAS ( ) CIGANOS ( ) INDÍGENAS ( ) NÃO É VOLTADA ESPECIFICAMENTE PARA UM PERFIL, É ABERTA PARA TODOS ( ) OUTROS, INDICAR QUAL:
	_
ACESSIBILIDADE QUE SERÃO EMPREGADAS NO PROJETO? (OBRIGATÓRIO)  OS PROJETOS DEVEM PREVER OBRIGATORIAMENTE MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE, SENDO ASSEGURADO PARA ESSA FINALIDADE NO MÍNIMO 10% (DEZ POR CENTO) DO VALOR TOTAL DO PROJETO.  OS PROJETOS DEVEM CONTAR COM MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE FÍSICA, ATITUDINAL E COMUNICACIONAL, NOS TERMOS	MANOBRA PARA CADEIRA DE RODAS; ( ) PISO TÁTIL; ( ) RAMPAS; ( ) ELEVADORES ADEQUADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA; ( ) CORRIMÃOS E GUARDA-CORPOS; ( ) BANHEIROS FEMININOS E MASCULINOS ADAPTADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA; ( ) VAGAS DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA; ( ) ASSENTOS PARA PESSOAS OBESAS; ( ) ILUMINAÇÃO ADEQUADA; ( ) OUTRA
DO DISPOSTO NA LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015 (LEI BRASILEIRA	(ESCOLHER, NO MÍNIMO, UMA DAS ALTERNATIVAS)
DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA), DE MODO A	(PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)
CONTEMPLAR:	ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL:  ( ) A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS;  ( ) O SISTEMA BRAILLE;  ( ) O SISTEMA DE SINALIZAÇÃO OU  COMUNICAÇÃO TÁTIL;  ( ) A AUDIODESCRIÇÃO:







	<ul><li>( ) AS LEGENDAS;</li><li>( ) A LINGUAGEM SIMPLES;</li><li>( ) TEXTOS ADAPTADOS PARA LEITORES DE TELA; E</li><li>( ) OUTRA:</li></ul>				
	QUAL?				
	(ESCOLHER, NO MÍNIMO, UMA DAS				
	ALTERNATIVAS) (PODE ESCOLHER MAIS DE UMA				
	ALTERNATIVA)				
	ACESSIBILIDADE ATITUDINAL:				
	( ) CAPACITAÇÃO DE EQUIPES ATUANTES NOS				
	PROJETOS CULTURAIS;				
	( ) CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS COM DEFICIÊNCIA E PROFISSIONAIS				
	ESPECIALIZADOS EM ACESSIBILIDADE				
	CULTURAL;				
	( ) FORMAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DE				
	AGENTES CULTURAIS, PÚBLICO E TODOS OS				
	ENVOLVIDOS NA CADEIA PRODUTIVA CULTURAL; E				
	( ) OUTRAS MEDIDAS QUE VISEM A				
	ELIMINAÇÃO DE ATITUDES CAPACITISTAS:				
	QUAL?				
	(ESCOLHER, NO MÍNIMO, UMA DAS				
	ALTERNATIVAS) (PODE ESCOLHER MAIS DE UMA				
	ALTERNATIVA)				
INFORME COMO ESSAS MEDIDAS	(LETRAS E NÚMEROS)				
DE ACESSIBILIDADE SERÃO					
IMPLEMENTADAS OU					
DISPONIBILIZADAS DE ACORDO COM O PROJETO PROPOSTO:					
(OBRIGATÓRIO)					
QUAL O LOCAL ONDE O PROJETO	(INFORME OS ESPAÇOS CULTURAIS E OUTROS				
SERÁ EXECUTADO?	AMBIENTES, ALÉM DE MUNICÍPIOS, ESTADOS				
(OBRIGATÓRIO)	OU PAÍSES ONDE A SUA PROPOSTA SERÁ REALIZADA)				
QUAL A PREVISÃO DO PERÍODO DE	DATA DE INÍCIO://				
EXECUÇÃO DO PROJETO? (OBRIGATÓRIO)	DATA FINAL://				
(OBNIGATORIO)	(O PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO NÃO				
	PODERÁ SER MAIOR QUE 365 DIAS)				







QUAL A ESTRATÉGIA DE DIVULGAÇÃO DO PROJETO? (OBRIGATÓRIO)  O PROJETO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DE OUTRAS FONTES? (OBRIGATÓRIO)	(APRESENTE OS MEIOS QUE SERÃO UTILIZADOS PARA DIVULGAR O PROJETO. EX.: IMPULSIONAMENTO EM REDES SOCIAIS, RÁDIO, TELEVISÃO)  ( ) NÃO, O PROJETO NÃO POSSUI OUTRAS FONTES DE RECURSOS FINANCEIROS ( ) SIM, QUAIS?
(INFORME SE O PROJETO PREVÊ APOIO FINANCEIRO, TAIS COMO COBRANÇA DE INGRESSOS, PATROCÍNIO E/OU OUTRAS FONTES DE FINANCIAMENTO. CASO POSITIVO, INFORME A PREVISÃO DE VALORES E ONDE SERÃO EMPREGADOS NO PROJETO.)  (SE O PROJETO TEM OUTRAS FONTES DE FINANCIAMENTO, DETALHE QUAIS SÃO, O VALOR DO FINANCIAMENTO E ONDE OS RECURSOS SERÃO EMPREGADOS NO PROJETO, CONFORME QUADRO ABAIXO)	(SE SIM, ABRIRÁ AS OPÇÕES ABAIXO) ( ) APOIO FINANCEIRO MUNICIPAL ( ) APOIO FINANCEIRO ESTADUAL ( ) RECURSOS DE LEI DE INCENTIVO MUNICIPAL ( ) RECURSOS DE LEI DE INCENTIVO ESTADUAL ( ) RECURSOS DE LEI DE INCENTIVO FEDERAL ( ) PATROCÍNIO PRIVADO DIRETO ( ) PATROCÍNIO DE INSTITUIÇÃO INTERNACIONAL ( ) DOAÇÕES DE PESSOAS FÍSICAS ( ) DOAÇÕES DE EMPRESAS ( ) COBRANÇA DE INGRESSOS ( ) OUTROS
O PROJETO PREVÊ A VENDA DE PRODUTOS/INGRESSOS? (OBRIGATÓRIO) (INFORME A QUANTIDADE DOS PRODUTOS A SEREM VENDIDOS, O VALOR UNITÁRIO POR PRODUTO E O VALOR TOTAL A SER ARRECADADO. DETALHE ONDE OS RECURSOS ARRECADADOS SERÃO APLICADOS NO PROJETO.)  INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (OBRIGATÓRIO)	OPÇÃO)  ( ) SIM ( ) NÃO  (UTILIZE ESTE ESPAÇO PARA INCLUIR QUAISQUER OUTRAS INFORMAÇÕES QUE POSSAM SER RELEVANTES PARA A AVALIAÇÃO DO SEU
	PROJETO).

SE ASSINALAR **SIM** PARA O <u>PROJETO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DE OUTRAS</u> <u>FONTES?</u> OU <u>O PROJETO PREVÊ A VENDA DE PRODUTOS/INGRESSOS?</u> SERÁ EXIBIDO:







RECURSOS FINANCEIROS DE OUTRAS FONTES (OBRIGATÓRIO)						
ORIGEM DO RECURSO ARRECADADO	VALOR PREVISTO (ESTIMATIV A)	DESCREVER ONDE OS RECURSOS SERÃO APLICADOS NO PROJETO				
EXEMPLO: COBRANÇA DE R\$ 50.000,00		SERÁ INVESTIDO NO FIGURINO				
EXEMPLO: VENDA DE R\$ PRODUTOS 20.000,00						
EXEMPLO: LEI DE INCENTIVO R\$ MUNICIPAL 80.000,00						
Total	R\$150.000,					

### DADOS DA EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO

(OBRIGATÓRIO)

INFORME QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS QUE ATUARÃO NO PROJETO, CONFORME QUADRO A SEGUIR:

# EQUIPE PRINCIPAL (INDICAR NO MÁXIMO 04 COMPONENTES DA EQUIPE PRINCIPAL) (OBRIGATÓRIO)

NOME DO PROFISSIONAL / EMPRESA	FUNÇÃO NO PROJETO	CPF / CNPJ	MINI CURRÍCULO	PARTICIPA DE POLÍTICAS AFIRMATIVAS? (SIM/NÃO - QUAL?)
_	CINEASTA		INSIRA UMA	( ) NÃO QUERO
1 - JOÃO SILVA				ADERIR (IGNORAR DEMAIS CAMPOS)
			PESSOA QUE SERÁ CONTRATADA;	( ) QUERO ADERIR, INDICAR QUAL?
			·	SE ADERIDO, SELECIONAR UMA DAS OPÇÕES ABAIXO:
			UPLOAD DO PORTFÓLIO / CURRÍCULO	( ) MULHER (CIS) ( ) PESSOA TRANS (PESSOA QUE SE IDENTIFIQUE COMO MULHER







	(OBRIGATÓRIO PARA A EQUIPE PRINCIPAL)	TRANS / TRAVESTI OU HOMEM TRANS); ( ) PESSOA NEGRAS (PRETA E PARDA) ( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) ( ) PESSOA EGRESSA DO SISTEMA PRISIONAL ( ) PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA ( ) PESSOA IMIGRANTE E/OU REFUGIADA
		UPLOAD DE ARQUIVOS:
		<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;</li> <li>NO CASO DE PESSOA NEGRA (PRETA E PARDA), FAZER UPLOAD DE 03 (TRÊS) FOTOS DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME O ANEXO V; (ABRIR 3 NOVOS CAMPOS DE UPLOAD – FOTO FRONTAL, FOTO LADO DIREITO DA FACE, FOTO CORPO INTEIRO - COM LIMITE DE ATÉ 10MB POR ARQUIVO)</li> </ul>
		NO CASO DE PESSOA EGRESSA DO SISTEMA PRISIONAL, FAZER UPLOAD DA CERTIDÃO DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS E MEDIDAS SÓCIO PROTETIVAS QUE É FORNECIDA PELA







	INSTITUIÇÃO DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA, CONFORME O CASO ESPECÍFICO.
	NO CASO DE PcD – FAZER UPLOAD DO LAUDO MÉDICO OU COMPROVANTE DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC, CONFORME O CASO; (LAUDO MÉDICO: DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA); (LAUDO MÉDICO QUE ATESTE A DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA); (BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA
	EMISSÃO DO COMPROVANTE).
	( ) POVOS INDÍGENAS ( ) COMUNIDADES RIBEIRINHAS ( ) COMUNIDADES PANTANEIRAS ( ) COMUNIDADES AGRICULTURA FAMILIAR ( ) POVOS CIGANOS ( ) POVOS DE TERREIRO ( ) QUILOMBOLAS
	UPLOAD DE ARQUIVOS:  • DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO, CONFORME O ANEXO VII;  • CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE







	IDENTIFICAÇÃO DA
	LIDERANÇA DA
	COMUNIDADE OU
	POPULAÇÃO A QUAL
	PERTENCE, CASO O
	DOCUMENTO TENHA SIDO
	ASSINADO DE FORMA
	MANUSCRITA.
	( ) PESSOA IDOSA
	UPLOAD DE ARQUIVOS:
	<ul><li>UPLOAD DE ARQUIVOS:</li><li>AUTODECLARAÇÃO PARA</li></ul>
	-
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;</li> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;</li> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO, CASO O</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;</li> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO</li> </ul>
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;</li> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO, CASO O</li> </ul>

# EQUIPE COMPLEMENTAR DO PROJETO (POSSIBILIDADE DE INSERIR ATÉ 10 (DEZ PESSOAS) NA EQUIPE COMPLEMENTAR) (OBRIGATÓRIO)

NOME DO PROFISSIONAL / EMPRESA	FUNÇÃO NO PROJETO	CPF / CNPJ	MINI CURRÍCULO	
EXEMPLO: 1 - BEATRIZ	ILUMINAÇÃO		X (INSERIR UMA BREVE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PESSOA QUE SERÁ CONTRATADA) (NÃO É NECESSÁRIO O ENVIO DO PORTFÓLIO/CURRÍCULO)	
2 - MARCOS	ASSISTENTE DE PRODUÇÃO		(INSIRA UMA BREVE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PESSOA QUE SERÁ CONTRATADA) (NÃO É NECESSÁRIO O ENVIO DO PORTFÓLIO/CURRÍCULO)	

### Obs.:

1. A função que vai exercer no projeto deverá coincidir com a informação indicada na planilha orçamentária;







 Havendo membro(a) na EQUIPE PRINCIPAL que pleiteia adesão à política afirmativa deverá seguir as orientações contidas no ANEXO V -ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (DESCREVA OS PASSOS A SEREM SEGUIDOS PARA EXECUÇÃO DO PROJETO)							
ATIVIDADE	(OBRIGATÓRIO)  DESCRIÇÃO		•	PRAZ EM HORA SEMANAS	S, DIAS,		
EXEMPLO: DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO PROJETO	(ABRIR OPÇÕES ABA SUSPENSA: PRÉ- PRODUÇÃO, PRODUÇÃO, PÓS- PRODUÇÃO)	DIVULGAÇÃO DO PROJETO NOS VEÍCULOS DE IMPRENSA	(ESCOLHER NA LISTA SUSPENSA, SE SERÃO HORAS, DIAS, SEMANAS OU MÊS – APÓS A ESCOLHA, INFORMAR O QUANTITATIVO) EX. 30 DIAS				
EXEMPLO: PAGAMENTO DO CINEASTA JOÃO SILVA	- ,		(ESCOLHER NA LISTA SUSPENSA, SE SERÃO HORAS, DIAS, SEMANAS OU MÊS – APÓS A ESCOLHA, INFORMAR O QUANTITATIVO) EX. 4 MESES				
	PLAN	ILHA ORÇAMENTÁ	RIA				
DESCRIÇÃO DO JUSTIFICATIV TIPO DA UNIT				ΓÁRI	QTDAD E	VALOR TOTAL	
EXEMPLO: FOTÓGRAFO	PROFISSIONA L NECESSÁRIO PARA REGISTRO DA OFICINA	MÃO DE OBRA	R\$1.100, 00		1	R\$1.100, 00	
EXEMPLO: CONTRATAÇÃO DE PUBLICIDADE	PARA PRODUÇÃO DE TODO MATERIAL DE PUBLICIDADE	SERVIÇO	R\$ 3.000,00		1	R\$3.000, 00	
EXEMPLO:	PAGAMENTO PROFISSIONA	MÃO DE OBRA	R\$ 5.000,00		1	R\$5.000, 00	







COORDENAÇÃ O DAS ATIVIDADES	PAGAMENTO DO CINEASTA JOÃO SILVA	O DAS				
-----------------------------------	--	-------	--	--	--	--

(ABRIR ABA SUSPENSA COM OS TIPOS DE DESPESA: OBRA, AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO, AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS, MATERIAL DE CONSUMO, MÃO DE OBRA)

### É OBRIGATÓRIA A DESPESA DE, NO MÍNIMO, 10% DOS RECURSOS PARA ACESSIBILIDADE

(A PREVISÃO DOS 10% DEVERÁ SER BLOQUEADO PARA ACESSIBILIDADE, NÃO HAVENDO POSSIBILIDADE DE REMANEJAMENTO PARA AS DEMAIS DESPESAS) (DEVE SER INFORMADO AO MENOS UMA MEDIDA EM CADA ASPECTO DE ACESSIBILIDADE, OU SEJA: ARQUITETÔNICO, COMUNICACIONAL E ATITUDINAL)

DESCRIÇÃO DO ITEM	JUSTIFICATIVA	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR UNITÁRIO	QTDAD E	VALOR TOTAL
EXEMPLO: ARQUITETÔNIC O - SINALIZAÇÃO	PARA SINALIZAR ASSENTOS PRIORITÁRIOS	UNIDADE	R\$15,00	10	R\$150,00
EXEMPLO: COMUNICACIO NAL - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	PRODUÇÃO DE MATERIAL DE DIVULGAÇÃO EM BRAILE	UNIDADE	R\$650,00	1	R\$650,00
EXEMPLO: COMUNICACIO NAL - INTÉRPRETE DE LIBRAS	PARA ATUAR NAS ATIVIDADES DO PROJETO	SERVIÇO	R\$500,00	5	R\$ 2.500,00
EXEMPLO: ATITUDINAL - PESSOAL ESPECIALIZADO	CONTRATAÇÃ O DE PROFISSIONAI S ESPECIALIZAD OS EM ACESSIBILIDA DE CULTURAL	SERVIÇO	R\$1.850, 00	2	R\$3.700, 00







## ANEXO II FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO / PLANO DE TRABALHO CATEGORIA 2 – LABORATÓRIO DE ECONOMIA CRIATIVA

### **CADASTRO BÁSICO (PARA TODOS)**

DECLARO QUE LI INTEGRALMENTE O EDITAL E TENHO CONHECIMENTO E ACEITO AS NORMAS, EM ESPECIAL A LEI Nº 14.399/2022, LEI Nº 14.903/2024, DECRETO Nº 11.740/2023, DECRETO Nº 11.453/2023, BEM COMO AS CONDIÇÕES ESTABELECIDAS NESTE EDITAL, SEUS ANEXOS E POSTERIORES RETIFICAÇÕES, CASO OCORRAM, DOS QUAIS NÃO PODEREI ALEGAR DESCONHECIMENTO.

DECLARO QUE ESTOU E CONCORDO COM A COLETA E A UTILIZAÇÃO DOS MEUS DADOS PESSOAIS E JURÍDICOS PARA FINS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA LEI Nº 14.399 DE 8 DE JULHO DE 2022, EM CONFORMIDADE COM A INSTRUÇÃO NORMATIVA MINC Nº 19 DE 15 DE OUTUBRO DE 2024.

( ) DECLARO QUE ESTOU DE ACORDO COM O CONSENTIMENTO ACIMA. (OBRIGATÓRIO)

### ASSINALAR A PERSONALIDADE DO AGENTE CULTURAL:

- ( ) PESSOA FÍSICA
- ( ) MEI MICROEMPREENDEDOR INDIVIDUAL
- ( ) PESSOA JURÍDICA SEM FINS LUCRATIVOS
- ( ) PESSOA JURÍDICA COM FINS LUCRATIVOS

(OBRIGATÓRIO)

### QUER FAZER ADESÃO ÀS COTAS?

(OBRIGATÓRIO)

( ) NÃO VOU ADERIR ÀS COTAS – OPTO PELA AMPLA CONCORRÊNCIA

( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA NEGRA (PRETA E PARDA) OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA NEGRA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA

#### **UPLOAD DE ARQUIVOS:**

- AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;
- 03 (TRÊS) FOTOS DE ACORDO COM AS ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME O ANEXO V;







DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO, CONFORME O ANEXO VII;     CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  MAPLA CONCORRÊNCIA  WELOAD DE ARQUIVOS:  AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;  LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA:  (OBRIGATÓRIO)  (I) AUDITIVA  (I) MÚLTIPLA  (I) VISUAL  (I) OUTRO TIPO, INDICAR QUAL:	( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA	UPLOAD DE ARQUIVOS:
INDÍGENA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI; LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: () PÍSICA () INTELECTUAL () MÚLTIPLA () VISUAL	INDÍGENA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO	<ul> <li>DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO,</li> </ul>
DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  ( ) LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI; • LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: ( ) FÍSICA ( ) INTELECTUAL ( ) MÚLTIPLA ( ) VISUAL	REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA	CONFORME O ANEXO VII;
DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  MEDITOR MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI; LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  (1) AUDITIVA (1) FÍSICA (1) INTELECTUAL (1) MÚLTIPLA (1) VISUAL	INDÍGENA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA	<ul> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL</li> </ul>
DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  MEDITOR MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI; LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  (1) AUDITIVA (1) FÍSICA (1) INTELECTUAL (1) MÚLTIPLA (1) VISUAL		DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA
ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  ( ) LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO AS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;  • LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO AS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: () PÍSICA () INTELECTUAL () MÚLTIPLA () VISUAL		DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO,
( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  ( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  ( ) LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  ( ) LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  ( NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  ( NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA — PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: ( ) MÚLTIPLA ( ) WÚLTIPLA ( ) VISUAL		CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO
( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA — PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  (I) MÚLTIPLA () VISUAL		ASSINADO DE FORMA
OM DEFICIÊNCIA OU PESSOA JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  **AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI; •*LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA — PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  ( ) MÚLTIPLA ( ) VISUAL		MANUSCRITA;
JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  **AMPLA CONCORRÊNCIA**  **ALUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÃO CONTINUADA;  **(O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  **(NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  **(NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  **SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, () AUDITIVA () FÍSICA () INTELECTUAL () MÚLTIPLA () VISUAL	( ) QUERO ADERIR À COTA DE PESSOA	UPLOAD DE ARQUIVOS:
JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL SEJA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, OU AMPLA CONCORRÊNCIA  MPLA CONCORRÊNCIA  AMPLA CONCORRÊNCIA  MO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC - BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SI PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  (I) INTELECTUAL (I) MÚLTIPLA (I) VISUAL	COM DEFICIÊNCIA OU PESSOA	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO</li> </ul>
AMPLA CONCORRÊNCIA  • LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  ( ) RÍSICA ( ) INTELECTUAL ( ) MÚLTIPLA ( ) VISUAL	JURÍDICA, CUJO REPRESENTANTE LEGAL	
AMPLA CONCORRÊNCIA  • LAUDO MÉDICO CONFORME ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  ( ) INTELECTUAL ( ) MÚLTIPLA ( ) VISUAL	· ·	· 1
POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  ( ) INTELECTUAL ( ) MÚLTIPLA ( ) VISUAL		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
NO ANEXO V OU COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: () FÍSICA () INTELECTUAL () MÚLTIPLA () VISUAL		ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS
DE RECEBIMENTO DO BPC — BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: (OBRIGATÓRIO)  () INTELECTUAL () MÚLTIPLA () VISUAL		POLÍTICAS AFIRMATIVAS CONTIDA
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA:  (OBRIGATÓRIO)  (O LAUDO MÉDICIO DE VE TER VALIDADE TORONTOR DA CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  (COMPROVANTE)  (COMPROVANTE)  (COMPROVANTE)		NO ANEXO V OU COMPROVANTE
CONTINUADA;  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA:  (OBRIGATÓRIO)  (O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  (O J AUDITIVA (O J FÍSICA (O J INTELECTUAL (O J MÚLTIPLA (O J VISUAL		DE RECEBIMENTO DO BPC –
(O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, ( ) AUDITIVA ( ) FÍSICA ( ) INTELECTUAL ( ) MÚLTIPLA ( ) VISUAL		BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  SE PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PCD, INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA: () FÍSICA () INTELECTUAL () MÚLTIPLA () VISUAL		CONTINUADA;
( ) VISUAL	INDICAR QUAL TIPO DE DEFICIÊNCIA:	DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA)  (NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)  (NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)  ( ) AUDITIVA ( ) FÍSICA
, , ,		• •
( ) OUTRO TIPO. INDICAR OUAL:		( ) VISUAL
[ ( / 5 5 1.1. 5 / 1.1. 5 / 1.1. Q 5 / 1.1.		( ) OUTRO TIPO, INDICAR QUAL:
CADASTRO PARA AGENTE CULTURAL - PESSOA JURÍDICA	CADASTRO PARA AGENTE	CULTURAL - PESSOA JURÍDICA
RAZÃO SOCIAL: (OBRIGATÓRIO)	RAZÃO SOCIAL: (OBRIGATÓRIO)	
NOME FANTASIA: (OBRIGATÓRIO)	,	







DODTEÓNIO / CURRÍCULO DA RECCOA	LIDI CAD DE ADOLUMO.
PORTFÓLIO / CURRÍCULO DA PESSOA JURÍDICA:	UPLOAD DE ARQUIVO:
	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
(OBRIGATÓRIO)	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO
	ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM
	ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1
	(UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM
	TAMANHO MÁXIMO DE 10MB
	(DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
Nº ID DO AGENTE CULTURAL DA	(SOMENTE NÚMEROS – 04 DÍGITOS)
PESSOA JURÍDICA NA PLATAFORMA	
MAPAS MT:	
(OBRIGATÓRIO)	
CNPJ – CADASTRO NACIONAL DA	(SOMENTE NÚMEROS – 14 DÍGITOS)
PESSOA JURÍDICA	
(OBRIGATÓRIO)	
DATA DE ABERTURA DA PESSOA	XX/XX/XXXX
JURÍDICA – CNPJ (OBRIGATÓRIO)	
CÓPIA DO COMPROVANTE ATUAL DE	UPLOAD DE ARQUIVO:
INSCRIÇÃO E SITUAÇÃO CADASTRAL –	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
CARTÃO CNPJ: (OBRIGATÓRIO)	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO
SERÁ CONSIDERADO COMO ATUAL O	PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O
COMPROVANTE COM DATA DE	ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E
EMISSÃO DE MÁXIMO ATÉ 90	COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ
(NOVENTA) DIAS ANTERIORES À DATA	MEGABYTES) POR ARQUIVO.
DE PUBLICAÇÃO DO PRESENTE EDITAL.	
CNAE PRINCIPAL (CADASTRO	(SOMENTE NÚMEROS – 07 DÍGITOS)
NACIONAL DE ATIVIDADES	
ECONÔMICAS) (OBRIGATÓRIO)	
CNAE'S SECUNDÁRIAS (OPCIONAL)	PODERÁ SER ADICIONADO ATÉ 4
	(QUATRO) CÓDIGOS DE CNAE ALÉM DA
	PRINCIPAL.
	(SOMENTE NÚMEROS – 07 DÍGITOS)
ENDEREÇO COMPLETO DA PESSOA	(LETRAS E NÚMEROS)
JURÍDICA:	
(OBRIGATÓRIO)	
BAIRRO:	(LETRAS E NÚMEROS)
(OBRIGATÓRIO)	
MUNICÍPIO DE MATO GROSSO:	(ESCOLHER DE LISTA SUSPENSA DE MT OU
(OBRIGATÓRIO)	OUTRO MUNICÍPIO E ESTADO)
CEP: (OBRIGATÓRIO)	XX.XXX-XXX
COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL	UPLOAD DE ARQUIVO:
DA PESSOA JURÍDICA EM MATO	• NO CASO DE ANEXAR O
GROSSO:	COMPROVANTE DE ENDEREÇO,
	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS







( ) DESEJO ANEXAR O COMPROVANTE DE ENDEREÇO ( ) DESEJO UTILIZAR O CARTÃO CNPJ COMO COMPROVANTE DE ENDEREÇO  (SERÁ CONSIDERADO COMO ATUAL O COMPROVANTE COM DATA DE EMISSÃO DE NO MÁXIMO ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS ANTERIORES À DATA DE PUBLICAÇÃO DO PRESENTE EDITAL).  TELEFONE PRINCIPAL DA PESSOA JURÍDICA: (OBRIGATÓRIO)  TELEFONE SECUNDÁRIO DA PESSOA JURÍDICA: (OPCIONAL)  EMAIL PRINCIPAL DA PESSOA JURÍDICA: (OPCIONAL)  INSTAGRAM: (OPCIONAL)  X (TWITTER): (OPCIONAL)  TIK TOK: (OPCIONAL)  YOUTUBE: (OPCIONAL)  SITE / PORTFÓLIO ONLINE: (OPCIONAL)	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.  (O CAMPO PARA UPLOAD SERÁ ABERTO SOMENTE NO CASO DO USO DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO)  (XX) XXXXX-XXXX  (XX) XXXXX-XXXX  ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO  ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
	TANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA
NOME COMPLETO: (OBRIGATÓRIO)	(LETRAS)
NOME ARTÍSTICO: (OPCIONAL)	(LETRAS)
NOME SOCIAL:	
NOME SOCIAL: (OPCIONAL, DE ACORDO COM O	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE	(LETRAS)
NOME SOCIAL: (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL № 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL № 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL DIRETA, AUTÁRQUICA E	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL Nº 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL DIRETA, AUTÁRQUICA E FUNDACIONAL", A(O) PROPONENTE	(LETRAS)
NOME SOCIAL:  (OPCIONAL, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL № 854, DE 11 DE MARÇO DE 2021, QUE "DISPÕE SOBRE O USO DO NOME SOCIAL E O RECONHECIMENTO DA IDENTIDADE DE GÊNERO DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL DIRETA, AUTÁRQUICA E FUNDACIONAL", A(O) PROPONENTE QUE MANIFESTAR A VONTADE DE USO	(LETRAS)







CARGO QUE OCUPA NA DIRETORIA:	(LETRAS)
(OBRIGATÓRIO. COM EXCEÇÃO PARA	(LETIMO)
MEI)	
CPF - CADASTRO DE PESSOA FÍSICA:	INFORMAR O № DO CPF (11 DÍGITOS)
(OBRIGATÓRIO)	
(02.11.0.11.0.11.0.)	UPLOAD DE ARQUIVO:
	<ul> <li>RECOMENDA-SE AGRUPAR OS</li> </ul>
	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO
	ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM
	ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1
	(UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM
	TAMANHO MÁXIMO DE 10MB
	(DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO;
DOCUMENTO OFICIAL DE	INFORMAR O № DO DOCUMENTO
IDENTIFICAÇÃO: (RG, RNE, CNH, PPD,	(NÚMEROS E LETRAS)
OUTROS) (OBRIGATÓRIO)	
	UPLOAD DE ARQUIVO:
	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO
	ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM
	ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1
	(UM) ARQUIVO DE ANEXO E COM
	TAMANHO MÁXIMO DE 10MB
ÁDCÃO EVREDIDOR/HE OH OHTRA	(DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO;
ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF OU OUTRA INFORMAÇÃO DO DOCUMENTO	(NÚMEROS, LETRAS E CARACTERES
OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO:	ESPECIAIS)
(OBRIGATÓRIO)	
DATA DE NASCIMENTO:	XX/XX/XXXX
(OBRIGATÓRIO)	
E-MAIL: (OBRIGATÓRIO)	ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
TELEFONE MÓVEL: (OBRIGATÓRIO)	(XX) XXXXX-XXXX
TELEFONE FIXO: (OPCIONAL)	(XX) XXXXX-XXXX
,	
~ .	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS DO REPR	ESENTANTE LEGAL DA PESSOA JURÍDICA
QUAL A SUA PRINCIPAL	( ) ARTISTA, ARTESÃO(A), BRINCANTE,
FUNÇÃO/PROFISSÃO NO CAMPO	CRIADOR(A) E AFINS
ARTÍSTICO E CULTURAL?	( ) INSTRUTOR(A), OFICINEIRO(A),
	EDUCADOR(A) ARTÍSTICO(A)-CULTURAL E
	AFINS







	( ) CURADOR(A), PROGRAMADOR(A) E
	AFINS
	( ) PRODUTOR(A)
	( ) GESTOR(A)
	( ) TÉCNICO(A)
	( ) CONSULTOR(A), PESQUISADOR(A) E
	AFINS.
	( ) OUTRO(A) / QUAL?
GÊNERO:	( ) MULHER CISGÊNERO
(OBRIGATÓRIO)	( ) HOMEM CISGÊNERO
	( ) MULHER TRANSGÊNERO
	( ) HOMEM TRANSGÊNERO
	( ) PESSOA NÃO BINÁRIA
	( ) PREFIRO NÃO INFORMAR
VAI ADERIR ÀS POLÍTICAS	UPLOAD DE ARQUIVOS:
AFIRMATIVAS?	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO</li> </ul>
( ) NÃO VOU ADERIR	ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS,
( ) VOU ADERIR	CONFORME ANEXO VI;
	NO CASO DE PESSOA EGRESSA DO
ABRIR AS OPÇÕES PARA QUEM FOR	SISTEMA PRISIONAL, FAZER
ADERIR:	UPLOAD DA CERTIDÃO DE
( ) PESSOA NEGRA (PRETA E PARDA)	CUMPRIMENTO DE MEDIDAS
( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA – PcD	SOCIOEDUCATIVAS E MEDIDAS
( ) MULHER (CIS)	SÓCIO PROTETIVAS QUE É
( ) PESSOA TRANS (PESSOA QUE SE	FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO DE
IDENTIFIQUE COMO MULHER TRANS /	CUMPRIMENTO DA MEDIDA,
TRAVESTI OU HOMEM TRANS);	CONFORME O CASO ESPECÍFICO;
( ) PESSOA EGRESSA DO SISTEMA	NO CASO DE PcD – FAZER UPLOAD
PRISIONAL	DO LAUDO MÉDICO OU
( ) PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA	COMPROVANTE DO BENEFÍCIO DE
( ) PESSOA IMIGRANTE E/OU	PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC,
REFUGIADA	CONFORME O CASO;
( ) PESSOA IDOSA	,
	(LAUDO MÉDICO: DEVE TER VALIDADE
(SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)	DE 90 (NOVENTA) DIAS A CONTAR DA
,	DATA DE SUA ASSINATURA);
	(LAUDO MÉDICO QUE ATESTE A
	DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A VALIDADE É
	INDETERMINADA);
	<i>"</i>
	(BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA -
	BPC, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A







	CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE).
PERTENCE A ALGUMA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL? (OBRIGATÓRIO)	UPLOAD DE ARQUIVOS:
( ) NÃO PERTENÇO A COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL (NÃO EXIGIR UPLOAD DE ARQUIVOS, NEM ABRIR AS DEMAIS OPÇÕES)  ( ) FAÇO PARTE DE COMUNIDADE OU POPULAÇÃO TRADICIONAL:  (ABRIR AS OPÇÕES ABAIXO):  ( ) POVOS INDÍGENAS ( ) COMUNIDADES RIBEIRINHAS ( ) COMUNIDADES PANTANEIRAS ( ) COMUNIDADES RURAIS (AGRICULTURA FAMILIAR) ( ) POVOS CIGANOS ( ) POVOS DE TERREIRO ( ) QUILOMBOLAS ( ) OUTRA COMUNIDADE TRADICIONAL, INDICAR QUAL:  (SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)	<ul> <li>DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO, CONFORME O ANEXO VII;</li> <li>CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO A QUAL PERTENCE, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;</li> </ul>
QUAL SUA RAÇA/COR/ETNIA?	() PRETA
(OBRIGATÓRIO)	() PARDA () BRANCA () AMARELA () INDÍGENA
QUAL O SEU GRAU DE ESCOLARIDADE? (OBRIGATÓRIO)	( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL ( ) ANALFABETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO ( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO ( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO







		( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO
QUAL A SUA RENDA MENSAL FIXA		( ) NENHUMA RENDA
INDIVIDUAL (MÉDIA MENSAL BRUTA		( ) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO
APROXIMADA) NOS ÚLTIMOS 3		( ) DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
MESES?		( ) DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
(Calcule fazendo uma média das s	suas	( ) DE 5 A 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
remunerações nos últimos 3 meso	es. Em	( ) DE 8 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
2024, o salário mínimo foi fixado	em	( ) ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
R\$1.412,00)		
(OBRIGATÓRIO)		
VOCÊ É BENEFICIÁRIO DE ALGUN	1	( ) NÃO
PROGRAMA SOCIAL?		( ) BOLSA FAMÍLIA
(OBRIGATÓRIO)		( ) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
		CONTINUADA - BPC
		( ) OUTRO, INDICAR
		QUAL:
CADASTRO PARA	AGENT	E CULTURAL - PESSOA FÍSICA
CASASTROTARA	AGEITI	E COLITITAL PESSOA HISTOR
NOME COMPLETO:		
(OBRIGATÓRIO)		
NOME ARTÍSTICO: (CASO		
TENHA) (OPCIONAL)		
NOME SOCIAL:	(LETRA	AS)
(OPCIONAL, DE ACORDO COM O		
DECRETO ESTADUAL № 854, DE		
11 DE MARÇO DE 2021, QUE		
"DISPÕE SOBRE O USO DO		
NOME SOCIAL E O		
RECONHECIMENTO DA		
IDENTIDADE DE GÊNERO DE		
PESSOAS TRAVESTIS E		
TRANSEXUAIS NO ÂMBITO DA		
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA		
ESTADUAL DIRETA,		
AUTÁRQUICA E FUNDACIONAL",		
A(O) PROPONENTE QUE		
MANIFESTAR A VONTADE DE		
USO DO NOME SOCIAL DEVERÁ		
REALIZAR O PREENCHIMENTO		
DO CAMPO "NOME SOCIAL").		
(OPCIONAL)	/ \ \ \ D	TICTA ADTECÃO/A) DDINICANTE
QUAL A SUA PRINCIPAL FUNÇÃO/PROFISSÃO NO		CTISTA, ARTESÃO(A), BRINCANTE,
I FUNCAU/ PKUFISSAU NU	i CKIAD	OR(A) E AFINS







CANADO ADTÍCTICO E	/ \INICTRITOR/A\ OFICINIFIDO/A\ FDUCABOS/A\
CAMPO ARTÍSTICO E	( ) INSTRUTOR(A), OFICINEIRO(A), EDUCADOR(A)
CULTURAL?	ARTÍSTICO(A)-CULTURAL E AFINS
(OBRIGATÓRIO)	( ) CURADOR(A), PROGRAMADOR(A) E AFINS
	( ) PRODUTOR(A)
	( ) GESTOR(A)
	( ) TÉCNICO(A)
	( ) CONSULTOR(A), PESQUISADOR(A) E AFINS.
	( ) OUTRO(A) / QUAL?
PORTFÓLIO / CURRÍCULO:	UPLOAD DE ARQUIVO:
(OBRIGATÓRIO)	• RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
,	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO
	PDF PARA ENVIAR EM ANEXO.
	LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE
	ANEXO E COM TAMANHO MÁXIMO DE
	10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
CPF - CADASTRO DE PESSOA	INFORMAR O Nº DO CPF (SOMENTE NÚMEROS –
FÍSICA: (OBRIGATÓRIO)	11 DÍGITOS)
FISICA. (OBRIGATORIO)	UPLOAD DE ARQUIVO:
	OPLOAD DE ARQUIVO.
	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO
	PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O
	ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E
	COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ
	MEGABYTES) POR ARQUIVO;
DOCUMENTO OFICIAL DE	INFORMAR O № DO DOCUMENTO (NÚMEROS E
IDENTIFICAÇÃO: (RG, RNE,	LETRAS)
CNH, PPD, OUTROS)	
(OBRIGATÓRIO)	UPLOAD DE ARQUIVO:
	• RECOMENDA-SE AGRUPAR OS
	DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO
	PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O
	ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E
	COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ
	MEGABYTES) POR ARQUIVO;
ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF OU	(NÚMEROS, LETRAS E CARACTERES ESPECIAIS)
OUTRA INFORMAÇÃO DO	,
DOCUMENTO OFICIAL DE	
IDENTIFICAÇÃO:	
(OBRIGATÓRIO)	
DATA DE NASCIMENTO:	XX/XX/XXXX
(OBRIGATÓRIO)	
E-MAIL: (OBRIGATÓRIO)	ENDEREÇO@PROVEDOR.DOMÍNIO
L-IVIAIL. (UDNIGATURIU)	LINDLNEÇO@PNOVEDON.DOMINIO







TELEFONE MÓVEL: (OBRIGATÓRIO)	(XX) XXXXX-XXXX
TELEFONE FIXO: (OPCIONAL)	(XX) XXXXX-XXXX
Nº ID DO AGENTE CULTURAL	(SOMENTE NÚMEROS – 04 DÍGITOS)
DA PESSOA FÍSICA NA	(SOMETIVE NOMENOS OF BIOTIOS)
PLATAFORMA MAPAS MT:	
(OBRIGATÓRIO)	
ENDEREÇO COMPLETO:	(LETRAS E NÚMEROS)
(OBRIGATÓRIO)	
BAIRRO:	(LETRAS E NÚMEROS)
(OBRIGATÓRIO)	
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA OU	(ESCOLHER DE LISTA SUSPENSA)
DOMICÍLIO:	
(OBRIGATÓRIO)	
CEP: (OBRIGATÓRIO)	(NÚMEROS – 8 DÍGITOS)
CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUAL EM MATO GROSSO: (OBRIGATÓRIO)	UPLOAD DE ARQUIVOS:
( ) POSSUI DOCUMENTO DE ENDEREÇO EM SEU NOME?	RECOMENDA-SE AGRUPAR OS DOCUMENTOS EM UM ÚNICO ARQUIVO PDF PARA ENVIAR EM ANEXO. LIMITADO O ENVIO DE 1 (UM) ARQUIVO DE ANEXO E
( ) POSSUI COMPROVANTE DE ENDEREÇO EM NOME DE TERCEIRO?	COM TAMANHO MÁXIMO DE 10MB (DEZ MEGABYTES) POR ARQUIVO.
( ) NO CASO DE PESSOAS CIRCENSES, COMUNIDADES CIGANAS, POVOS INDÍGENAS, QUILOMBOLAS, IMIGRANTES/REFUGIADOS, RIBEIRINHOS, PANTANEIROS,	<ul> <li>NO CASO DO AGENTE CULTURAL NÃO POSSUIR DOCUMENTO DE ENDEREÇO EM SEU NOME – REALIZAR UPLOAD DA DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO (ANEXO IX) EM NOME DE TERCEIRO;</li> </ul>
AGRICULTURA FAMILIAR, QUE NÃO POSSUI COMPROVANTE DE ENDEREÇO	REALIZAR UPLOAD DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO TERCEIRO;
(SERÁ CONSIDERADO COMO ATUAL O COMPROVANTE COM DATA DE EMISSÃO DE MÁXIMO ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS ANTERIORES À DATA DE PUBLICAÇÃO DO PRESENTE EDITAL).	<ul> <li>REALIZAR UPLOAD DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO OFICIAL DO TERCEIRO, CASO O DOCUMENTO DE DECLARAÇÃO TENHA SIDO ASSINADA DE FORMA MANUSCRITA.</li> </ul>







(OBRIGATÓRIO)	NO CASO DE PESSOAS CIRCENSES, COMUNIDADES CIGANAS, POVOS INDÍGENAS, QUILOMBOLAS, IMIGRANTES/REFUGIADOS, RIBEIRINHOS, PANTANEIROS, AGRICULTURA FAMILIAR QUE NÃO POSSUÍREM DOCUMENTO DE ENDEREÇO, REALIZAR O UPLOAD DA AUTODECLARAÇÃO CONSTANTE NO ANEXO X.
VAI ADERIR ÀS POLÍTICAS	UPLOAD DE ARQUIVOS:
AFIRMATIVAS?	
( ) NÃO VOU ADERIR	
( ) VOU ADERIR	AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS      AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO PARA ADESTRUCTURA
ABRIR AS OPÇÕES PARA QUEM	POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI;
FOR ADERIR:	NO CASO DE PESSOA EGRESSA DO SISTEMA
( ) PESSOA NEGRA (PRETA E	PRISIONAL, FAZER UPLOAD DA CERTIDÃO
PARDA)	DE CUMPRIMENTO DE MEDIDAS
( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA –	SOCIOEDUCATIVAS E MEDIDAS SÓCIO
PcD	PROTETIVAS QUE É FORNECIDA PELA
( ) MULHER (CIS)	INSTITUIÇÃO DE CUMPRIMENTO DA
( ) PESSOA TRANS (PESSOA QUE SE IDENTIFIQUE COMO MULHER	<ul> <li>MEDIDA, CONFORME O CASO ESPECÍFICO;</li> <li>NO CASO DE PcD – FAZER UPLOAD DO</li> </ul>
TRANS / TRAVESTI OU HOMEM	LAUDO MÉDICO, CONFORME
TRANS);	ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS
( ) PESSOA EGRESSA DO	AFIRMATIVAS CONTIDA NO ANEXO V OU
SISTEMA PRISIONAL	COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DO BPC
( ) PESSOA EM SITUAÇÃO DE	– BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA;
RUA	(O LAUDO MÉDICO DEVE TER VALIDADE DE 90
( ) PESSOA IMIGRANTE E/OU REFUGIADA	(NOVENTA) DIAS A CONTAR DA DATA DE SUA
( ) PESSOA IDOSA	ASSINATURA)
( ) LSSOA IDOSA	,
(SELECIONAR APENAS UMA	(NO CASO DE LAUDOS QUE ATESTEM DEFICIÊNCIA
OPÇÃO)	PERMANENTE, A VALIDADE É INDETERMINADA)
	(110 0100 DE DENESÍON DE DESCENÇÃO
	(NO CASO DE BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA, A VALIDADE É DE 2 (DOIS) ANOS A
	CONTINUADA, A VALIDADE E DE 2 (DOIS) ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE)
PERTENCE A ALGUMA	UPLOAD DE ARQUIVOS:
COMUNIDADE OU POPULAÇÃO	
TRADICIONAL? (OBRIGATÓRIO)	
( ) NÃO PERTENÇO A	• DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO,
COMUNIDADE OU POPULAÇÃO	CONFORME O ANEXO VII;







TRADICIONAL (NÃO EXIGIR UPLOAD DE ARQUIVOS) ( ) COMUNIDADES RIBEIRINHAS ( ) COMUNIDADES PANTANEIRAS ( ) COMUNIDADES RURAIS (AGRICULTURA FAMILIAR) ( ) POVOS CIGANOS ( ) POVOS DE TERREIRO ( ) QUILOMBOLAS ( ) OUTRA COMUNIDADE TRADICIONAL, INDICAR QUAL:	CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA COMUNIDADE OU POPULAÇÃO A QUAL PERTENCE, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;
(SELECIONAR APENAS UMA OPÇÃO)	
QUAL SUA RAÇA/COR/ETNIA?	() PRETA
(OBRIGATÓRIO)	() PARDA
,	() BRANCA
	() AMARELA
	() INDÍGENA
QUAL A SUA ESCOLARIDADE?	( ) NÃO TENHO EDUCAÇÃO FORMAL
(OBRIGATÓRIO)	( ) ANALFABETO
(32.11.3)	( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
	( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO
	( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
	( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO
	( ) CURSO TÉCNICO COMPLETO
	( ) ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO
	( ) ENSINO SUPERIOR COMPLETO
	( ) PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO
	( ) PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO
QUAL A SUA RENDA MENSAL	( ) NENHUMA RENDA.
FIXA INDIVIDUAL (MÉDIA	( ) ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO
MENSAL BRUTA APROXIMADA)	( ) DE 1 A 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
NOS ÚLTIMOS 3 MESES?	( ) DE 3 A 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
(OBRIGATÓRIO)	( ) DE 5 A 8 SALÁRIOS MÍNIMOS
(Calcule fazendo uma média das	( ) DE 8 A 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
suas remunerações nos últimos	( ) ACIMA DE 10 SALÁRIOS MÍNIMOS
3 meses. Em 2024, o salário	( ) . Control DE 10 O. LE MIGO MINIMOS
mínimo foi fixado em	
R\$1.412,00.)	
1171.412,00.1	







VOCÊ É BENEFICIÁRIO DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL? (OBRIGATÓRIO)  GÊNERO: (OBRIGATÓRIO)	( ) NÃO ( ) BOLSA FAMÍLIA ( ) BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC ( ) OUTRO, INDICAR QUAL: ( ) MULHER CISGÊNERO ( ) HOMEM CISGÊNERO ( ) MULHER TRANSGÊNERO ( ) HOMEM TRANSGÊNERO ( ) PESSOA NÃO BINÁRIA
	( ) PREFIRO NÃO INFORMAR
INSTAGRAM: (OPCIONAL)	
FACEBOOK: (OPCIONAL)	
X (TWITTER): (OPCIONAL)	
TIK TOK: (OPCIONAL)	
YOUTUBE: (OPCIONAL)	
SITE / PORTFÓLIO ONLINE:	
(OPCIONAL)	
D	ADOS DO PROJETO
NOME DO PROJETO: (OBRIGATÓRIO)	(LETRAS E NÚMEROS)
QUAL A CATEGORIA QUE VAI CONCORRER? (OBRIGATÓRIO - SELECIONAR)	( ) CATEGORIA 2 – Laboratório de Economia Criativa
FAÇA A DESCRIÇÃO DO PROJETO: (OBRIGATÓRIO)	(DESCREVA BREVEMENTE O SEU PROJETO, APRESENTANDO UMA VISÃO GERAL DA IDEIA PRINCIPAL DESTACANDO A METODOLOGIA DE FORMAÇÃO PROPOSTA, OS OBJETIVOS PRINCIPAIS E O PÚBLICO-ALVO).  Exemplo: "Formação Criativa MT": Um programa de capacitação em Economia Criativa para empreendedores de Mato Grosso, abrangendo áreas como gestão cultural, design e comunicação.
QUAIS SÃO OS OBJETIVOS E RESULTADOS ESPERADOS DO PROJETO? (OBRIGATÓRIO)	(QUAIS SÃO OS OBJETIVOS DO SEU PROJETO EM TERMOS DE FORMAÇÃO TEÓRICA E PRÁTICA EM ECONOMIA CRIATIVA? QUAIS RESULTADOS VOCÊ ESPERA ALCANÇAR COM AS AÇÕES PROPOSTAS?). Exemplo: Capacitar 100 empreendedores em 6 meses, com foco em gestão de projetos culturais, criação de produtos e utilização de ferramentas digitais para impulsionar negócios criativos.
SEGMENTO DA ECONOMIA CRIATIVA ABRANGIDO (OBRIGATÓRIO)	(IDENTIFIQUE O SEGMENTO DA ECONOMIA CRIATIVA QUE SEU PROJETO ATENDERÁ [MUNDO DAS ARTES, NEGÓCIOS DIGITAIS OU CRIAÇÕES FUNCIONAIS]. JUSTIFIQUE A ESCOLHA COM BASE NAS NECESSIDADES DO PÚBLICO- ALVO.)







	Exemplo: Negócios Digitais — Focaremos em capacitar
	empreendedores a criar e gerenciar startups
	no setor cultural, com ênfase em plataformas digitais para a venda e promoção de produtos artísticos.
METODOLOGIA DE FORMAÇÃO	(DESCREVA A METODOLOGIA QUE SERÁ UTILIZADA NAS
_	ATIVIDADES DE CAPACITAÇÃO E CONSULTORIA,
PROPOSTA	DESTACANDO COMO A FORMAÇÃO SERÁ ADAPTADA
(OBRIGATÓRIO)	PARA OS DIFERENTES PÚBLICOS E CONTEXTOS (PRESENCIAIS
	E/OU ONLINE).
	Exemplo: A metodologia incluirá módulos online e workshops
	presenciais, com consultorias
	individuais e atividades práticas baseadas em casos reais de
	empreendedores locais.
PLANO DE FORMAÇÃO E	(APRESENTE OS TEMAS E TÓPICOS QUE SERÃO ABORDADOS
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	NAS AÇÕES DE CAPACITAÇÃO E CONSULTORIA. COMO OS CONTEÚDOS SERÃO ORGANIZADOS PARA PROMOVER O
(OBRIGATÓRIO)	DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES DOS
	PARTICIPANTES?)
	Exemplo: Módulo 1: Fundamentos de Gestão de Projetos
	Criativos. Módulo 2: Estratégias de Marketing Digital para
	Negócios Criativos. Módulo 3: Networking e Parcerias no
	Mercado Cultural.
ESTRATÉGIAS DE	(COMO SERÁ FEITO O ACOMPANHAMENTO DA EVOLUÇÃO
ACOMPANHAMENTO E	DOS PARTICIPANTES E A AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS
AVALIAÇÃO DE IMPACTO	AÇÕES DE
(OBRIGATÓRIO)	FORMAÇÃO?) Exemplo: Acompanhamento contínuo através de mentorias
,	mensais e avaliação do aprendizado por meio de quizzes e
	projetos práticos.
QUAIS SÃO AS METAS DO	(NESTE ESPAÇO, É NECESSÁRIO DETALHAR OS OBJETIVOS EM
PROJETO?	PEQUENAS AÇÕES E/OU RESULTADOS QUE SEJAM
(OBRIGATÓRIO)	QUANTIFICÁVEIS).
(GEING/ITGING)	Exemplo: realização de 02 oficinas de artes circenses;
	confecção de 80 figurinos; 120 pessoas idosas beneficiadas.  (PREENCHA AQUI INFORMAÇÕES SOBRE AS PESSOAS QUE
QUAL O PERFIL DO PÚBLICO A	SERÃO BENEFICIADAS OU PARTICIPARÃO DO SEU PROJETO.
SER ATINGIDO PELO PROJETO:	PERGUNTAS ORIENTADORAS: QUEM VAI SER O PÚBLICO DO
(OBRIGATÓRIO)	SEU PROJETO? ESSAS PESSOAS SÃO CRIANÇAS, ADULTAS
	E/OU IDOSAS? ELAS FAZEM PARTE DE ALGUMA
	COMUNIDADE? QUAL A ESCOLARIDADE DELAS? ELAS
	MORAM EM QUAL LOCAL, BAIRRO E/OU REGIÃO? NO CASO
	DE PÚBLICOS DIGITAIS, QUAL O PERFIL DAS PESSOAS A QUE
	SEU PROJETO SE DIRECIONA?)
CONSULTORIAS, MENTORIAS E	(DESCREVA COMO SERÃO REALIZADAS AS CONSULTORIAS E MENTORIAS, E COMO VOCÊ INCENTIVARÁ A CRIAÇÃO DE
AÇÕES DE NETWORKING	REDES DE CONTATO ENTRE OS PARTICIPANTES DO
(OBRIGATÓRIO)	PROJETO.)
	Exemplo: Consultorias individuais por meio de
	videoconferências, mentorias de grupo com especialistas da
	área e eventos de networking realizados presencialmente e
İ	online.







ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A SUSTENTABILIDADE DO PROJETO (OBRIGATÓRIO)  PLANO DE ACOMPANHAMENTO DE RESULTADOS A LONGO PRAZO (OBRIGATÓRIO)	(COMO VOCÊ PRETENDE GARANTIR A CONTINUIDADE DAS AÇÕES APÓS A EXECUÇÃO DO PROJETO? QUAIS AÇÕES SERÃO TOMADAS PARA ASSEGURAR A SUSTENTABILIDADE DO LABORATÓRIO E DO HUB CRIADO?)  Exemplo: O projeto prevê a criação de uma rede de parcerias com empresas locais e instituições de ensino para manter as atividades de formação, além da oferta de cursos pagos e serviços de consultoria para gerar receita contínua.  (Como serão monitorados e mensurados os resultados do projeto após a sua conclusão, de modo a garantir que os participantes sigam se beneficiando das capacitações a longo prazo?)  Exemplo: Serão realizadas avaliações de impacto a cada seis meses, acompanhando o crescimento dos
	negócios dos participantes e a implementação das metodologias aprendidas.
ALINHAMENTO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL – ODS (OBRIGATÓRIO)	(COMO O PROJETO SE ALINHA COM OS ODS, E DE QUE MANEIRA ELE CONTRIBUI PARA A PROMOÇÃO DE PRÁTICAS SUSTENTÁVEIS, INCLUSÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO?)  Exemplo: O projeto apoia o ODS 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico) ao fomentar novos negócios criativos e ODS 4 (Educação de Qualidade) com a oferta de capacitação profissional para jovens e mulheres empreendedoras.
DESAFIOS E RISCOS POTENCIAIS (OBRIGATÓRIO)	(QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS DESAFIOS E RISCOS QUE O PROJETO PODE ENFRENTAR E COMO VOCÊ PLANEJA MITIGÁLOS?)  Exemplo: Um dos principais desafios é a falta de infraestrutura tecnológica em algumas regiões, que será mitigado com a oferta de módulos offline e treinamentos presenciais.
RESULTADOS ESPERADOS PARA O DESENVOLVIMENTO LOCAL E REGIONAL (OBRIGATÓRIO)	(QUAIS SÃO OS BENEFÍCIOS ESPERADOS PARA A ECONOMIA E CULTURA LOCAL E REGIONAL COM A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO?) Exemplo: Espera-se gerar novas empresas criativas e fortalecer o ecossistema de inovação no estado, com impacto positivo na economia regional, especialmente no interior de Mato Grosso.
IMPACTO SOCIAL, ECONÔMICO, AMBIENTAL E CULTURAL ESPERADO (OBRIGATÓRIO)	(QUAL O IMPACTO SOCIAL, ECONÔMICO, AMBIENTAL E CULTURAL QUE VOCÊ ESPERA GERAR COM A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO PARA OS PARTICIPANTES E PARA A COMUNIDADE LOCAL?)  Exemplo: O projeto visa criar uma rede de empreendedores capacitados, gerando empregos e novas oportunidades de negócios no setor da Economia Criativa, fortalecendo a economia local e regional. Além disso, busca promover práticas sustentáveis que minimizem os impactos ambientais, incentivando a utilização de materiais ecológicos e processos responsáveis. Culturalmente, o projeto contribuirá para a valorização das tradições locais e o fortalecimento da identidade cultural, ao mesmo tempo em que fomenta a inovação no setor criativo, criando um ecossistema cultural mais diversificado e resiliente.







ILLOTIFICATIONS	(EVELIGIE DE ECONAN OLABA E CONTENIA DOS CITA
JUSTIFICATIVA	(EXPLIQUE DE FORMA CLARA E OBJETIVA POR QUE
(OBRIGATÓRIO)	O SEU PROJETO MERECE SER SELECIONADO)
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARE	
(OBRIGATÓRIO)	OUTRAS INFORMAÇÕES QUE POSSAM SER
	RELEVANTES PARA A AVALIAÇÃO DO SEU
	PROJETO).
	( ) PESSOAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA
VOLTADA PRIORITARIAMENTE	( ) PESSOAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA
PARA ALGUM DESTES PERFIS DE	( ) PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA
PÚBLICO?	( ) PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RESTRIÇÃO E
(OBRIGATÓRIO)	PRIVAÇÃO DE LIBERDADE (POPULAÇÃO
( ,	CARCERÁRIA)
	( ) PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
	( ) PESSOAS EM SOFRIMENTO FÍSICO E/OU
	PSÍQUICO
	( ) MULHERES
	( ) LGBTQIAPN+
	( ) POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS
	( ) NEGROS E/OU NEGRAS
	( ) CIGANOS
	( ) INDÍGENAS
	( ) NÃO É VOLTADA ESPECIFICAMENTE PARA UM
	PERFIL, É ABERTA PARA TODOS
	( ) OUTROS, INDICAR
	QUAL:
QUAIS AS MEDIDAS DE	ACESSIBILIDADE ARQUITETÔNICA
ACESSIBILIDADE QUE SERÃO	( ) ROTAS ACESSÍVEIS, COM ESPAÇO DE
EMPREGADAS NO PROJETO?	MANOBRA PARA CADEIRA DE RODAS;
(OBRIGATÓRIO)	( ) PISO TÁTIL;
(**************************************	() RAMPAS;
OS PROJETOS DEVEM PREVER	( ) ELEVADORES ADEQUADOS PARA PESSOAS
	COM DEFICIÊNCIA;
	( ) CORRIMÃOS E GUARDA-CORPOS;
ASSEGURADO PARA ESSA	( ) BANHEIROS FEMININOS E MASCULINOS
	ADAPTADOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA;
(DEZ POR CENTO) DO VALOR	
TOTAL DO PROJETO.	( ) VAGAS DE ESTACIONAMENTO PARA PESSOAS
TOTAL DO PROJETO.	COM DEFICIÊNCIA;
OC DROJETOS DEVENA CONTAR	( ) ASSENTOS PARA PESSOAS OBESAS;
OS PROJETOS DEVEM CONTAR	( ) ILUMINAÇÃO ADEQUADA;
COM MEDIDAS DE	( ) OUTRA
ACESSIBILIDADE FÍSICA,	,
	(ESCOLHER, NO MÍNIMO, UMA DAS
COMUNICACIONAL, NOS	ALTERNATIVAS)







TERMOS DO DISPOSTO NA LEI	(PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)
Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE	ACESSIBILIDADE COMUNICACIONAL:
2015 (LEI BRASILEIRA DE	( ) A LÍNGUA BRASILEIRA DE SINAIS - LIBRAS;
INCLUSÃO DA PESSOA COM	( ) O SISTEMA BRAILLE;
DEFICIÊNCIA), DE MODO A	( ) O SISTEMA DE SINALIZAÇÃO OU
CONTEMPLAR:	COMUNICAÇÃO TÁTIL;
	( ) A AUDIODESCRIÇÃO;
	( ) AS LEGENDAS;
	( ) A LINGUAGEM SIMPLES;
	( ) TEXTOS ADAPTADOS PARA LEITORES DE TELA;
	E
	() OUTRA:
	QUAL?
	(ESCOLHER, NO MÍNIMO, UMA DAS
	ALTERNATIVAS)
	(PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)
	ACESSIBILIDADE ATITUDINAL:
	( ) CAPACITAÇÃO DE EQUIPES ATUANTES NOS
	PROJETOS CULTURAIS;
	( ) CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS COM
	DEFICIÊNCIA E PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS
	EM ACESSIBILIDADE CULTURAL;
	( ) FORMAÇÃO E SENSIBILIZAÇÃO DE AGENTES
	CULTURAIS, PÚBLICO E TODOS OS ENVOLVIDOS
	NA CADEIA PRODUTIVA CULTURAL; E
	( ) OUTRAS MEDIDAS QUE VISEM A ELIMINAÇÃO
	DE ATITUDES CAPACITISTAS: QUAL?
	(ESCOLHER, NO MÍNIMO, UMA DAS
	ALTERNATIVAS)
	(PODE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)
INFORME COMO ESSAS	(LETRAS E NÚMEROS)
MEDIDAS DE ACESSIBILIDADE	(LETRAS E NOWLINGS)
SERÃO IMPLEMENTADAS OU	
DISPONIBILIZADAS DE ACORDO	
COM O PROJETO PROPOSTO:	
(OBRIGATÓRIO)	
QUAL O LOCAL ONDE O	(INFORME OS ESPAÇOS CULTURAIS E OUTROS
PROJETO SERÁ EXECUTADO?	AMBIENTES, ALÉM DE MUNICÍPIOS, ESTADOS OU
(OBRIGATÓRIO)	PAÍSES ONDE A SUA PROPOSTA SERÁ REALIZADA)
QUAL A PREVISÃO DO	DATA DE INÍCIO: / /
PERÍODO DE EXECUÇÃO DO	DATA DE INICIO:/ DATA FINAL: / /
PROJETO?	DATA FINAL/
(OBRIGATÓRIO)	







	(O PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO NÃO
	PODERÁ SER MAIOR QUE 365 DIAS)
QUAL A ESTRATÉGIA DE	(APRESENTE OS MEIOS QUE SERÃO UTILIZADOS
DIVULGAÇÃO DO PROJETO?	PARA DIVULGAR O PROJETO. EX.:
(OBRIGATÓRIO)	IMPULSIONAMENTO EM REDES SOCIAIS, RÁDIO,
(OBRIGATORIO)	TELEVISÃO)
O PROJETO POSSUI RECURSOS	( ) NÃO, O PROJETO NÃO POSSUI OUTRAS
FINANCEIROS DE OUTRAS	FONTES DE RECURSOS FINANCEIROS
FONTES? (OBRIGATÓRIO)	
FONTES! (UBRIGATORIO)	( ) SIM, QUAIS?
(INFORME SE O PROJETO PREVÊ	(SE SIM, ABRIRÁ AS OPÇÕES ABAIXO)
APOIO FINANCEIRO, TAIS COMO	( ) APOIO FINANCEIRO MUNICIPAL
COBRANÇA DE INGRESSOS,	( ) APOIO FINANCEIRO ESTADUAL
PATROCÍNIO E/OU OUTRAS	( ) RECURSOS DE LEI DE INCENTIVO MUNICIPAL
FONTES DE FINANCIAMENTO.	( ) RECURSOS DE LEI DE INCENTIVO MONICIPAL
CASO POSITIVO, INFORME A	( ) RECURSOS DE LEI DE INCENTIVO ESTADOAL
PREVISÃO DE VALORES E ONDE	( ) PATROCÍNIO PRIVADO DIRETO
SERÃO EMPREGADOS NO	( ) PATROCÍNIO PRIVADO DIRETO  ( ) PATROCÍNIO DE INSTITUIÇÃO INTERNACIONAL
PROJETO.)	( ) DOAÇÕES DE PESSOAS FÍSICAS
PROJETO.)	( ) DOAÇÕES DE PESSOAS PISICAS ( ) DOAÇÕES DE EMPRESAS
(SE O PROJETO TEM OUTRAS	( ) COBRANÇA DE INGRESSOS
FONTES DE FINANCIAMENTO,	( ) OUTROS
DETALHE QUAIS SÃO, O VALOR	( ) OUTROS
DO FINANCIAMENTO E ONDE	(PODERÁ SER SELECIONADA MAIS DE UMA
OS RECURSOS SERÃO	OPÇÃO)
EMPREGADOS NO PROJETO,	orçao)
CONFORME QUADRO ABAIXO)	
O PROJETO PREVÊ A VENDA DE	( ) SIM
PRODUTOS/INGRESSOS?	( ) NÃO
(OBRIGATÓRIO)	( ) NAO
(INFORME A QUANTIDADE DOS	
PRODUTOS A SEREM	
VENDIDOS, O VALOR UNITÁRIO	
POR PRODUTO E O VALOR	
TOTAL A SER ARRECADADO.	
DETALHE ONDE OS RECURSOS	
ARRECADADOS SERÃO	
APLICADOS NO PROJETO.)	
ALEICADOS NO FINOJETO.)	

SE ASSINALAR **SIM** PARA O <u>PROJETO POSSUI RECURSOS FINANCEIROS DE OUTRAS</u> <u>FONTES?</u> OU <u>O PROJETO PREVÊ A VENDA DE PRODUTOS/INGRESSOS?</u> SERÁ EXIBIDO:

**RECURSOS FINANCEIROS DE OUTRAS FONTES** 







(OBRIGATÓRIO)				
ORIGEM DO RECURSO ARRECADADO	VALOR PREVISTO (ESTIMATIV A)	DESCREVER ONDE OS RECURSOS SERÃO APLICADOS NO PROJETO		
EXEMPLO: COBRANÇA DE INGRESSO	R\$ 50.000,00	SERÁ INVESTIDO NO FIGURINO		
EXEMPLO: VENDA DE PRODUTOS	R\$ 20.000,00			
EXEMPLO: LEI DE INCENTIVO MUNICIPAL	R\$ 80.000,00			
Total	R\$150.000,0 0			

### DADOS DA EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO

(OBRIGATÓRIO)

INFORME QUAIS SÃO OS PROFISSIONAIS QUE ATUARÃO NO PROJETO, CONFORME QUADRO A SEGUIR:

### **EQUIPE PRINCIPAL**

(INDICAR NO MÁXIMO 04 COMPONENTES DA EQUIPE PRINCIPAL)

(OBRIGATÓRIO)

NOME DO PROFISSIONAL / EMPRESA	FUNÇÃO NO PROJETO	CPF / CNPJ	MINI CURRÍCULO	PARTICIPA DE POLÍTICAS AFIRMATIVAS? (SIM/NÃO - QUAL?)
EXEMPLO: 1 - JOÃO SILVA	CINEASTA		INSIRA UMA BREVE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PESSOA QUE SERÁ CONTRATADA; UPLOAD DO PORTFÓLIO / CURRÍCULO	( ) NÃO QUERO ADERIR (IGNORAR DEMAIS CAMPOS)  ( ) QUERO ADERIR, INDICAR QUAL?  SE ADERIDO, SELECIONAR UMA DAS OPÇÕES ABAIXO: ( ) MULHER (CIS) ( ) PESSOA TRANS (PESSOA QUE SE IDENTIFIQUE COMO MULHER TRANS / TRAVESTI OU HOMEM TRANS);







(OBRIGATÓRIO PARA A EQUIPE	( ) PESSOA NEGRAS (PRETA E
	•
PRINCIPAL)	( ) PESSOA COM DEFICIÊNCIA
	(PcD)
	( ) PESSOA EGRESSA DO SISTEMA
	PRISIONAL
	( ) PESSOA EM SITUAÇÃO DE RUA
	( ) PESSOA IMIGRANTE E/OU
	REFUGIADA
	UPLOAD DE ARQUIVOS:
	<ul> <li>AUTODECLARAÇÃO PARA</li> </ul>
	ADESÃO ÀS POLÍTICAS
	AFIRMATIVAS, CONFORME
	ANEXO VI;
	NO CASO DE PESSOA
	NEGRA (PRETA E PARDA),
	FAZER UPLOAD DE 03
	(TRÊS) FOTOS DE ACORDO
	COM AS ORIENTAÇÕES
	PARA ADESÃO ÀS
	POLÍTICAS AFIRMATIVAS,
	CONFORME O ANEXO V;
	(ABRIR 3 NOVOS CAMPOS
	DE UPLOAD – FOTO
	FRONTAL, FOTO LADO
	DIREITO DA FACE, FOTO
	CORPO INTEIRO - COM
	LIMITE DE ATÉ 10MB POR
	ARQUIVO)
	,
	NO CASO DE PESSOA
	PRISIONAL, FAZER UPLOAD
	DA CERTIDÃO DE
	CUMPRIMENTO DE
	MEDIDAS
	SOCIOEDUCATIVAS E
	MEDIDAS SÓCIO
	PROTETIVAS QUE É
	FORNECIDA PELA
	INSTITUIÇÃO DE
	CUMPRIMENTO DA







	MEDIDA, CONFORME O CASO ESPECÍFICO.
	NO CASO DE PcD – FAZER     UPLOAD DO LAUDO     MÉDICO OU     COMPROVANTE DO     BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO     CONTINUADA - BPC,     CONFORME O CASO;
	(LAUDO MÉDICO: DEVE TER VALIDADE DE 90 (NOVENTA) DIAS A
	CONTAR DA DATA DE SUA ASSINATURA);
	(LAUDO MÉDICO QUE ATESTE A DEFICIÊNCIA PERMANENTE, A
	VALIDADE É INDETERMINADA);
	(BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA - BPC, A VALIDADE É DE 2 (DOIS)
	ANOS A CONTAR DA EMISSÃO DO COMPROVANTE).
	( ) POVOS INDÍGENAS ( ) COMUNIDADES RIBEIRINHAS ( ) COMUNIDADES PANTANEIRAS ( ) COMUNIDADES AGRICULTURA FAMILIAR ( ) POVOS CIGANOS ( ) POVOS DE TERREIRO ( ) QUILOMBOLAS
	<b>UPLOAD DE ARQUIVOS:</b> • DECLARAÇÃO DE
	PERTENCIMENTO, CONFORME O ANEXO VII; CÓPIA DO DOCUMENTO
	OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO DA LIDERANÇA DA







COMUNIDADE OU POPULAÇÃO A QUAL PERTENCE, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA.
( ) PESSOA IDOSA  UPLOAD DE ARQUIVOS:  • AUTODECLARAÇÃO PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS, CONFORME ANEXO VI; • CÓPIA DO DOCUMENTO OFICIAL DE IDENTIFICAÇÃO, CASO O DOCUMENTO TENHA SIDO ASSINADO DE FORMA MANUSCRITA;

# EQUIPE COMPLEMENTAR DO PROJETO (POSSIBILIDADE DE INSERIR ATÉ 10 (DEZ PESSOAS) NA EQUIPE COMPLEMENTAR) (OBRIGATÓRIO)

NOME DO PROFISSIONAL / EMPRESA	FUNÇÃO NO PROJETO	CPF / CNPJ	MINI CURRÍCULO
EXEMPLO: 1 - BEATRIZ	ILUMINAÇÃO		(INSERIR UMA BREVE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PESSOA QUE SERÁ CONTRATADA) (NÃO É NECESSÁRIO O ENVIO DO PORTFÓLIO/CURRÍCULO)
2 - MARCOS	ASSISTENTE DE PRODUÇÃO		(INSIRA UMA BREVE DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA PESSOA QUE SERÁ CONTRATADA) (NÃO É NECESSÁRIO O ENVIO DO PORTFÓLIO/CURRÍCULO)

#### Obs.:

3. A função que vai exercer no projeto deverá coincidir com a informação indicada na planilha orçamentária;







 Havendo membro(a) na EQUIPE PRINCIPAL que pleiteia adesão à política afirmativa deverá seguir as orientações contidas no ANEXO V -ORIENTAÇÕES PARA ADESÃO ÀS POLÍTICAS AFIRMATIVAS.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (DESCREVA OS PASSOS A SEREM SEGUIDOS PARA EXECUÇÃO DO PROJETO) (OBRIGATÓRIO)								
ATIVIDADE	ETAPA	DESCRIÇÃO		PRAZO (EM HORAS, DIAS, SEMANAS, MÊS)				
EXEMPLO: DIVULGAÇÃO E COMUNICAÇÃO DO PROJETO	ABA SUSPENSA: PRÉ-	DIVULGAÇÃO DO PROJETO NOS VEÍCULOS DE IMPRENSA		SUSPI HORA OU M ESCO QUAN	DLHER NA ENSA, SE S AS, DIAS, S IÊS — APÓ! LHA, INFO NTITATIVO D DIAS	SERÃO EMANAS S A PRMAR O		
EXEMPLO: PAGAMENTO DO CINEASTA JOÃO SILVA		DESENVOLVIMENTO DE ROTEIRO						
PLANILHA ORÇAMENTÁRIA								
DESCRIÇÃO DO ITEM	JUSTIFICATIV A	TIPO DA DESPESA	VALOR UNITÁRI O		QTDAD E	VALOR TOTAL		
EXEMPLO: FOTÓGRAFO	PROFISSIONA L NECESSÁRIO PARA REGISTRO DA OFICINA	MÃO DE OBRA	R\$1.100, 00		1	R\$1.100, 00		
EXEMPLO: CONTRATAÇÃO DE PUBLICIDADE	PARA PRODUÇÃO DE TODO MATERIAL DE PUBLICIDADE	SERVIÇO	R\$ 3.000,00		1	R\$3.000, 00		
EXEMPLO:	PAGAMENTO PROFISSIONA	MÃO DE OBRA	R\$ 5.000,00		1	R\$5.000, 00		







PAGAMENTO	L		
DO CINEASTA	RESPONSÁVEL		
JOÃO SILVA	PELA		
	COORDENAÇÃ		
	O DAS		
	ATIVIDADES		

(ABRIR ABA SUSPENSA COM OS TIPOS DE DESPESA: OBRA, AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTO, AQUISIÇÃO DE SERVIÇOS, MATERIAL DE CONSUMO, MÃO DE OBRA)

## É OBRIGATÓRIA A DESPESA DE, NO MÍNIMO, 10% DOS RECURSOS PARA ACESSIBILIDADE

(A PREVISÃO DOS 10% DEVERÁ SER BLOQUEADO PARA ACESSIBILIDADE, NÃO HAVENDO POSSIBILIDADE DE REMANEJAMENTO PARA AS DEMAIS DESPESAS) (DEVE SER INFORMADO AO MENOS UMA MEDIDA EM CADA ASPECTO DE ACESSIBILIDADE, OU SEJA: ARQUITETÔNICO, COMUNICACIONAL E ATITUDINAL)

DESCRIÇÃO DO ITEM	JUSTIFICATIVA	UNIDADE DE MEDIDA	VALOR UNITÁRIO	QTDAD E	VALOR TOTAL
EXEMPLO: ARQUITETÔNIC O - SINALIZAÇÃO	PARA SINALIZAR ASSENTOS PRIORITÁRIOS	UNIDADE	R\$15,00	10	R\$150,00
EXEMPLO: COMUNICACIO NAL - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	PRODUÇÃO DE MATERIAL DE DIVULGAÇÃO EM BRAILE	UNIDADE	R\$650,00	1	R\$650,00
EXEMPLO: COMUNICACIO NAL - INTÉRPRETE DE LIBRAS	PARA ATUAR NAS ATIVIDADES DO PROJETO	SERVIÇO	R\$500,00	5	R\$ 2.500,00
EXEMPLO: ATITUDINAL - PESSOAL ESPECIALIZADO	CONTRATAÇÃ O DE PROFISSIONAI S ESPECIALIZAD OS EM ACESSIBILIDA DE CULTURAL	SERVIÇO	R\$1.850, 00	2	R\$3.700, 00







**Informações Complementares** (Utilize este espaço para adicionar informações adicionais que possam ser relevantes para a avaliação do projeto, como parcerias estratégicas ou experiências anteriores.) *Exemplo: Já realizamos uma primeira edição de capacitação online que formou 50 empreendedores locais e tivemos uma taxa de satisfação de 90%.* 

