

## ANEXO I

### FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2024 – PEDRO SÉRGIO DOS SANTOS (PEDRO GINO)**

**PREMIAÇÃO PARA AGENTES CULTURAIS COM RECURSOS DA POLÍTICA NACIONAL ALDIR BLANC DE FOMENTO À CULTURA - PNAB (LEI Nº 14.399/2022)**

#### 1. INFORMAÇÕES DO AGENTE CULTURAL

**Você é pessoa física ou pessoa jurídica?**

( ) Pessoa Física

( ) Pessoa Jurídica

**DADOS BANCÁRIOS PARA RECEBIMENTO DO PRÊMIO:**

*(Inserir dados bancários do agente cultural que está concorrendo ao prêmio - conta que receberá os recursos da premiação)*

Agência: \_\_\_\_\_

Conta: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

**Vai concorrer às cotas?**

( ) Sim ( ) Não

**Se sim. Qual?**

( ) Pessoa negra

( ) Pessoa indígena

( ) Pessoa com deficiência

**Escolha a categoria a que vai concorrer:**

( ) Curta-Metragem no formato MP4, o qual já esteja finalizado ou em processo final de finalização.

( ) Meia-metragem no formato MP4, o qual já esteja finalizado ou em processo final de finalização

**A respectiva categoria já encontra-se:**

( ) Finalizada

( ) Processo de finalização

**PARA PESSOA FÍSICA:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nome social (se houver): \_\_\_\_\_

Nome artístico: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Órgão expedidor e Estado: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Raça/cor/etnia:**

( ) Branca

( ) Preta

( ) Parda

( ) Indígena

( ) Amarela

**Você é uma Pessoa com Deficiência - PCD?**

( ) Sim

( ) Não

**Caso tenha marcado "sim" qual tipo de deficiência?**

( ) Auditiva

( ) Física

( ) Intelectual

( ) Múltipla

( ) Visual

Endereço completo:

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP:

Estado: \_\_\_\_\_ Telefone:

E-mail (caso possua):

**VOCÊ ESTÁ REPRESENTANDO UM COLETIVO (SEM CNPJ)?**

( ) Não

( ) Sim

**Caso tenha respondido "sim":**

Nome do coletivo: \_\_\_\_\_

Ano de Criação: \_\_\_\_\_ Quantas pessoas fazem parte do coletivo? \_\_\_\_\_

Nome completo e CPF das pessoas que compõem o coletivo:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**PARA PESSOA JURÍDICA:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço da sede: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Número de representantes legais: \_\_\_\_\_

Nome do representante legal: \_\_\_\_\_

CPF do representante legal: \_\_\_\_\_

E-mail do representante legal: \_\_\_\_\_

Telefone do representante legal: \_\_\_\_\_

**Raça/cor/etnia do representante legal**

( ) Branca

( ) Preta

Parda

Indígena

**Representante legal é pessoa com deficiência?**

Sim

Não

**Caso tenha marcado "sim" qual tipo da deficiência?**

Auditiva

Física

Intelectual

Múltipla

Visual

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

\_\_\_\_\_  
Assinatura