



# ABRACE

Associação de Pais e Amigos do  
Autista de Rolim de Moura e Região

## **ABRACE – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DE PESSOAS AUTISTAS DE ROLIM DE MOURA E REGIÃO**

### **EDITAL DE SELEÇÃO Nº 01/2025**

Projeto “*Diagnóstico em Harmonia*”

A Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas de Rolim de Moura e Região – **ABRACE**, no uso de suas atribuições estatutárias, torna público o presente **EDITAL DE SELEÇÃO** para concessão de **03 (três) avaliações neuropsicológicas completas** (10 sessões cada), doadas pela **Clínica Harmonia**, destinadas a pessoas com suspeita de *Transtorno do Espectro Autista (TEA)*.

#### **1. DAS INSCRIÇÕES**

**Período:** 16/09/2025 a 26/09/2025

**Forma:** exclusivamente por e-mail: [abracerm@gmail.com](mailto:abracerm@gmail.com)

**Documentos a serem anexados:** Formulário de Inscrição (*Anexo I*) + documentos exigidos (*item 5*).

#### **2. DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO (0 a 100 pontos)**

- ✓ Ser associado **ABRACE** até agosto/2025 → até **30 pontos**  
**COMPROVAÇÃO:** declaração do associado conforme modelo (*Anexo II*).
- ✓ Participar do grupo de *WhatsApp* de “*Pais & Mães de Autistas de Rolim de Moura e Região*” → até **20 pontos**  
**COMPROVAÇÃO:** *print* da tela do grupo onde apareça o número do responsável ou da pessoa solicitante da avaliação.
- ✓ Possuir inscrição no CAD-Único com renda familiar de até **1 salário mínimo** → até **30 pontos**  
**COMPROVAÇÃO:** apresentação de extrato atualizado do CAD-Único, emitido há **menos de 1 (um) ano**.
- ✓ Possuir solicitação de avaliação junto ao **CER – Centro de Reabilitação de Rolim de Moura** há **mais de 1 ano** → até **20 pontos**



# ABRACE

Associação de Pais e Amigos do  
Autista de Rolim de Moura e Região

**COMPROVAÇÃO:** declaração emitida pelo CER, com data de expedição de **até 30 (trinta) dias** antes da inscrição.

### 3. DO CRONOGRAMA

ETAPA	DATA
Abertura das inscrições	16/09/2025
Encerramento das inscrições	26/09/2025
Análise e pontuação das inscrições	27 a 30/09/2025
Divulgação dos resultados preliminares	01/10/2025
Prazo para recurso	02 a 03/10/2025
Resultado final	05/10/2025
Início dos atendimentos	A partir de 10/10/2025

### 4. DOS RESULTADOS

A lista de selecionados será publicada no grupo de *WhatsApp* de “*Pais & Mães de Autistas de Rolim de Moura e Região*” e enviada por e-mail aos participantes.

Em caso de empate na pontuação, terá prioridade a família com **menor renda per capita declarada**.

### 5. DOS DOCUMENTOS EXIGIDOS

- Documento de identidade da criança/adolescente e do responsável legal;
- Comprovante de residência atualizado (*últimos 3 meses*);
- Declaração de associado **ABRACE** até *agosto/2025 (Anexo II)*;
- *Print* do grupo de *WhatsApp* (*critério 2*);
- CAD-Único atualizado (*critério 3*);
- Declaração emitida pelo CER (*critério 4*).

### 6. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Os atendimentos serão realizados **integralmente** pela **Clínica Harmonia**, sob



# ABRACE

Associação de Pais e Amigos do  
Autista de Rolim de Moura e Região

responsabilidade exclusiva desta.

A seleção **não gera vínculo empregatício** ou **contratual** com a **ABRACE**.

Casos omissos serão resolvidos pela *Comissão de Seleção* designada pela Diretoria da **ABRACE**.

Rolim de Moura/RO, 15 de Setembro de 2025.

**Presidente**

Associação *ABRACE*

**Ana Caroline Cardoso de Azevedo**

Contato: (69) 98461-0661



# ABRACE

Associação de Pais e Amigos do  
Autista de Rolim de Moura e Região

## ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

### EDITAL DE SELEÇÃO Nº 01/2025 Projeto “*Diagnóstico em Harmonia*”

#### 1. Dados do Responsável Legal:

Nome completo: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone/WhatsApp: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Dados da Criança/Adolescente:

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de parentesco com o responsável: \_\_\_\_\_

#### 3. Critérios de Seleção (*anexar documentos*):

- ( ) Associado **ABRACE** até agosto/2025;
- ( ) Participante do grupo de *WhatsApp* de “*Pais & Mães de Autistas de Rolim de Moura e Região*”;
- ( ) Possui CAD-Único com renda até 1 Salário Mínimo;
- ( ) Solicitação de avaliação no **CER** há mais de 1 ano;

#### 4. Declaração:

Declaro, sob **minha responsabilidade**, que as informações prestadas são verdadeiras e que apresento a documentação comprobatória conforme solicitado.

Rolim de Moura/RO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal



# ABRACE

Associação de Pais e Amigos do  
Autista de Rolim de Moura e Região

## ANEXO II – DECLARAÇÃO DE ASSOCIADO ABRACE

### DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_,  
residente à \_\_\_\_\_,  
responsável legal pela criança/adolescente \_\_\_\_\_,  
nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, **DECLARO**, para os devidos fins, que **sou associado (a) da ABRACE – Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas de Rolim de Moura e Região**, com cadastro ativo até agosto/2025.

Declaro, ainda, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Rolim de Moura/RO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Associado**