**ANEXO 3- TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (NEGRO/A)**

****

Eu, , RG nº , CPF nº , inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para o 1º período letivo de 2023, declaro para fins de inscrição que concorro à reserva de vagas para negro/a e sou portador/a de diploma de curso superior. Autodeclaro-me *[Preto(a)/Pardo(a)]* e estou ciente de que serei submetido/a ao procedimento de verificação da condição declarada para concorrer às vagas reservadas aos/às candidatos/as negros/as (cotas), obrigatoriamente antes da homologação do resultado final do concurso, de acordo com a Resolução nº 86/2018 – *CONSUNI/UFAL*. Declaro, ainda, estar ciente que, caso haja indeferimento da autodeclaração, serei eliminado/a do processo seletivo para cotista. Outrossim, se constatada a qualquer tempo a falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de matrícula quanto às informações aqui prestadas, a matrícula será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

, de de 20 .

Assinatura do/a candidato/a

# (NEGRO/A: QUILOMBOLA)

****

Eu, , RG nº , CPF nº , inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do ano 2022, para o 1º período letivo de 2023, declaro para fins de inscrição que concorro à reserva de vagas para negro/a, possuo diploma de curso superior, sou do segmento social

, morador/a da Comunidade Remanescente de Quilombo

, localizada no endereço , cujo/a Coordenador/a/Presidente da Associação de Moradores é o/a senhor/a

, RG nº . Autodeclaro-me *[Preto(a)/Pardo(a)]* e estou ciente de que serei submetido/a ao procedimento de verificação da condição declarada para concorrer às vagas reservadas aos/às candidatos/as negros/as (cotas), obrigatoriamente antes da homologação do resultado final do concurso, de acordo com a Resolução no 86/2018 – CONSUNI/UFAL. Declaro, ainda, estar ciente que, caso haja indeferimento da autodeclaração, serei eliminado/a do processo seletivo para cotista. Outrossim, se constatada a qualquer tempo a falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de matrícula quanto às informações aqui prestadas, a matrícula será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

, de de 20 .

Assinatura do/a candidato/a



Eu, , RG nº , CPF nº , inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do ano 2022, para o 1º período letivo de 2023, declaro para fins de inscrição que sou portador/a de diploma de curso superior e concorro à reserva de vagas para indígena, de acordo com a Resolução no 86/2018

–CONSUNI/UFAL. Sou do segmento social , do grupo indígena

, localizado no endereço , cuja liderança indígena é

. Declaro, ainda, estar ciente que, caso seja constatada a qualquer tempo a falsidade ou a irregularidade na documentação entregue no ato de inscrição, quanto às informações aqui prestadas, serei eliminado/a do processo seletivo para cotista. Caso seja no ato de matrícula, esta será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

, de de 20 .

Assinatura do/a candidato/a

# ANEXO 6 - TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

****

Eu, , RG nº , CPF nº , inscrito/a de acordo com o critério de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do ano 2022, para o 1º período letivo de 2023, declaro para fins de inscrição que concorro à reserva de vagas para Pessoa com Deficiência (PcD), possuo diploma de curso superior, sou do segmento social, possuo a deficiência , CID , atestada pelo/a médico/a

, CRM . Essa condição, em interação com diferentes barreiras, produzem as seguintes limitações em atividades relacionadas à vida acadêmica:

Estou ciente de que essa documentação será submetida à banca de verificação interdisciplinar coordenada pelo Núcleo de Acessibilidade (NAC) desta instituição, de acordo com a Resolução nº 86/2018 – CONSUNI/UFAL. Declaro, ainda, estar ciente de que, caso seja constatada a qualquer tempo a falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de inscrição, quanto às informações aqui prestadas, serei eliminado do processo seletivo para cotista. Caso seja no ato de matrícula, esta será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

, de de 20 .

Assinatura do/a candidato/a

# ANEXO 7 - MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | | CPF |
| CID: | Origem da deficiência:  ⃝Ⓧ Acidente de Trabalho Ⓧ Acidente comum Ⓧ Congênita  ⃝Ⓧ Adquirida em pós-operatório Ⓧ Doença | |
| Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais | | |
|  | | |
|  | | |
| : | | |
| Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessári- os | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

**ENQUADRAMENTO DA DEFICIÊNCIA**

**Nos termos do art. 4º do Decreto Nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004**

|  |  |
| --- | --- |
| **A - Deficiência Física** – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:  ⃝Ⓧ paraplegia Ⓧ paraparesia  ⃝Ⓧ monoplegia Ⓧ monoparesia  ⃝Ⓧ tetraplegia Ⓧ tetraparesia  ⃝Ⓧ triplegia Ⓧ triparesia  ⃝Ⓧ hemiplegia Ⓧ hemiparesia  ⃝Ⓧ ostomia Ⓧ amputação ou ausência de membro  ⃝Ⓧ paralisia cerebral  ⃝Ⓧ nanismo (altura: )  ⃝Ⓧ membros com deformidade congênita ou adquirida  ⃝Ⓧ outras - especificar: | **D 2 - Deficiência Mental**  ⃝Ⓧ Psicossocial – conforme Con- venção ONU – Esquizofrenia, Trans-  tornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na socie- dade em igualdade de oportunida- des com as demais pessoas. (Infor- mar no campo descritivo se há ou- tras doenças, data de início das manifestações e citar as limita- ções para habilidades adaptativas).  ***Obs.: Anexar Laudo Médico*** |
| **E - Deficiência Intelectual** – **funcio- namento** intelectual significativa- mente inferior à média, com manifes- tação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:  ⃝Ⓧ Comunicação  ⃝Ⓧ Cuidado pessoal |

|  |  |
| --- | --- |
| **B - Deficiência Visual**  ⃝Ⓧ cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;  ⃝Ⓧ baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e  0,05 no melhor olho,com a melhor correção óptica;  ⃝Ⓧ somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultâ- nea de quaisquer das condiçõesanteriores.  ***Obs: Anexar Laudo Oftalmológico, com acuidade visu- al, pela tabela de Snellen, com a melhor correção ópti- ca ou somatório do campo***  ***visual em graus.*** | ⃝Ⓧ Habilidades sociais  ⃝Ⓧ Utilização dos recursos da co- munidade  ⃝Ⓧ Saúde e segurança  ⃝Ⓧ Habilidades acadêmicas  ⃝Ⓧ Lazer  ⃝Ⓧ Trabalho Idade de início:  ***Obs.: Anexar Laudo Médico*** |
| **C - Deficiência Auditiva**  ⃝Ⓧ perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.  ***Obs: Anexar Audiograma*** | **F - Visão Monocular**  ⃝Ⓧ em atendimento a Lei nº 14.126/2021 e conforme Parecer  CONJUR/MTE 444/2011: cegueira legal em um olho,na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmo- logista).  ***Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico*** |
| **D 1 - Deficiência Mental**  ⃝Ⓧ Lei 12764/2012 – Espectro Autista  ***Obs: Anexar Laudo Médico*** |
| **G - Deficiência múltipla**  ⃝Ⓧ Associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima) | |

|  |
| --- |
| **ENQUADRAMENTO DA DEFICIÊNCIA**  Nos termos do art. 2º da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. |
| ⃝Ⓧ Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de  condições com as demais pessoas. |

**/ , / / Cidade UF, dia mês, Assinatura carimbo + CRM do médico**

# ANEXO 8 - FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL - PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Este instrumento busca assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Em acordo com o art. 2º, da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência nº. 13.146/2015, as informações prestadas neste formulário devem observar as diretrizes abaixo:

1. Ser preenchido e assinado pelo/a candidato/a. No caso de surdez ou cegueira, se necessário, o/a candidato/a poderá gravar um vídeo em Língua Brasileira de Sinais ou um áudio, respectivamente, e enviar à COPEVE. O vídeo ou o áudio deve ter de cinco a dez minutos de duração.
2. Para comprovar as informações, o/a candidato/a poderá apresentar documentos comprobatórios, emitidos, assinados e carimbados por profissionais das áreas: da saúde, não médica (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, Psicólogos, educadores físicos), da educação (psicopedagogos, pedagogos) e do serviço social (assistentes sociais), dentre outros.
3. As informações aqui apresentadas implicam no processo de análise da autodeclaração do/a candidato/a com deficiência.

Comente sobre suas experiências como pessoa com deficiência, considerando as dimensões:

1. ESCOLA *(trajetória escolar, acesso a material didático, avaliações, apoios e serviços, interações com a comunidade escolar)*
2. TRABALHO *(condições de acesso e permanência, apoios e serviços, interações no ambiente de trabalho)*
3. FAMÍLIA *(seu papel e participação, interações)*
4. COMUNIDADE *(acessibilidade, atividades de grupo, apoios e serviços, interações)*
5. RECURSOS PROFISSIONAIS E TECNOLÓGICOS *(apoios e serviços ao longo da vida nas dimensões anteriores)*
6. Caso seja aprovado/a no processo seletivo, indique que recursos profissionais e tecnológicos irá precisar:

/ , de de .

Cidade UF dia

mês ano

Assinatura do(a) candidato(a)

# ANEXO 9 - DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

Eu, , portador/a do CPF nº e RG/RNE nº. , declaro, sob as penas da lei e para fins de comprovação junto ao Processo Seletivo em Pós-Graduação na Ufal, que meu núcleo familiar possui renda mensal igual ou inferior a 1,5 (um e maio) salário mínimo per capita, sendo assim discriminada:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME | PARENTESCO | OCUPAÇÃO | RENDA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | TOTAL |  |

Declaro, ainda, que estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal\* e às demais cominações legais aplicáveis.

Por ser a expressão da verdade, subscrevo.

Local: Data: / /

Assinatura do Candidato/a

\*O Decreto-Lei n° 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal – Falsidade ideológica Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

# ANEXO 10 - AUTODECLARAÇÃO COMO TRANSEXUAL OU TRAVESTI

Declaro, para os devidos fins, que eu, (NOME SOCIAL) ou (NOME CIVIL), (NACIONALIDADE), (PROFISSÃO), residente no (ENDEREÇO COMPLETO), (CPF), sou (TRANSEXUAL/TRAVESTI).

Declaro estar ciente que, se for verificada a não veracidade de quaisquer informações prestadas nesta autodeclaração, estarei sujeito(a) à perda da vaga e a qualquer tempo a penalidades legais (administrativas e penais).

Assinatura do(a) candidato(a):

Nome: Local e data:

# DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO COMO TRANSEXUAL E TRAVESTI

Declaramos que o/a candidato/a , (TRANSEXUAL ou TRAVESTI), faz parte da comunidade/rede/coletividade transexual e travesti e reside no seguinte local: Endereço:

Município

: Estado: País: Declaramos

ainda estarmos cientes de que as informações aqui prestadas são de nossa inteira responsabilidade e que no caso de declaração falsa ou de informações inverídicas, implicará no indeferimento da inscrição do/a candidato/a e que também estaremos sujeitos/as a qualquer tempo a penalidades legais (administrativas e penais).

Assinatura da/o responsável

Nome, rg e Assinatura da Testemunha Trans

Nome, rg e Assinatura da Testemunha Trans

Nome, rg e Assinatura da Testemunha Trans

Local/Data:

# ANEXO 11 - REQUERIMENTO PARA CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA

Nome Completo: CPF: RG:

Eu, candidato (a) acima qualificado (a), inscrito (a) no PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE da Universidade Federal de Alagoas, venho requerer condição diferenciada para realizar as Provas do referido Processo, de acordo com o especificado neste Edital. Para isso, anexo documento comprobatório da necessidade de atendimento diferenciado (Laudo Médico com a especificação do tipo de necessidade e/ou deficiência do qual sou portador/a ou outro documento que comprove o tipo de recurso solicitado).

Para tanto, identifico abaixo o tipo de recurso necessário para o dia da prova:

1. NECESSIDADES FÍSICAS

( ) mesa para cadeiras de rodas

( ) mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco) ( ) mesa e cadeiras separadas (obesidade)

( ) mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)

( ) sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras) ( ) sala térrea (dificuldade de locomoção)

1. NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO) ( ) auxílio na leitura da prova (ledor)

( ) prova superampliada (fonte tamanho 22)

1. NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO) ( ) intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)

( ) uso de aparelho auditivo

1. AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

( ) da folha de respostas da prova escrita (dificuldade/impossibilidade de escrever)

1. AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA E PREENCHIMENTO DA PROVA ESCRITA ( ) tetraplegia
2. AMAMENTAÇÃO

( ) sala para amamentação

1. OUTRAS NECESSIDADES NÃO ESPECIFICADAS ACIMA.

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas neste Edital

de de 20

Assinatura do(a) Candidato(a)