**ANEXO 1**

**Declaração de Isenção**

À Comissão Examinadora do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Educação Científica, Inclusão e Diversidade, em nível de mestrado, requeiro a isenção do pagamento da taxa de inscrição referente ao processo seletivo para ingresso no semestre 2025.2, edital nº 01/2025, em vista de convênio com a Secretaria de Educação do estado da Bahia para o edital específico.

NOME DO/A CANDIDATO/A: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA DE EXPEDIÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato

**ANEXO 3**

**Formulário para interposição de recurso contra decisão relativa ao Processo Seletivo regido pelo Edital \_\_\_\_\_\_/202\_\_ do Programa de Pós-graduação em *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador/a do CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito/a no processo seletivo regido pelo Edital \_\_\_\_\_\_\_/202\_\_ do Programa de Pós-graduação em ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  do C***\_\_\_\_\_\_***/UFRB apresento à Comissão de Processo Seletivo pedido de reconsideração contra decisão relativa ao resultado da etapa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do processo seletivo. Afirmo estar ciente de que não será admitida/considerada a juntada de documentos de qualquer natureza em nenhuma etapa de recurso.

|  |
| --- |
| A decisão objeto de contestação é (explicitar a decisão que está contestando):  |
|  |
| Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são: |
|  |
| Local e Data:  | Assinatura do/a candidato/a: |

**ANEXO 4**

**AUTODECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES APRESENTADAS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome completo)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que são VERDADEIRAS e EXATAS todas as informações que foram prestadas, assim como a originalidade e integralidade dos documentos encaminhados excepcionalmente em meio eletrônico, sem possibilidade de validação digital, para fins de matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), na condição de estudante. Declaro ainda estar ciente de que declaração ou documentação falsa no presente requerimento de matrícula constituirá crime de falsidade ideológica (art. 299 do Código Penal) e estará sujeita a sanções penais, sem prejuízo de medidas administrativas e outras. Comprometo-me, também, tão logo passe o período de excepcionalidade, apresentar a documentação requerida para autenticação pela instituição.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Completo

CPF (ou número de passaporte)

RG

**ANEXO 5**

**Declaração de Anuência de Registro de Imagem/Voz**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a de CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito/a no proceso seletivo regido pelo edital \_\_/\_\_\_\_\_ do Programa de Pós-graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para ingresso no semestre \_\_\_\_-\_\_ declaro anuência de registro de imagen e voz, de acordó com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709 de 2018.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

**O registro de imagen/voz do/a candidato/a será mantido pelo Programa de Pós-graduação a fim de consulta em caso de recurso e somente poderá ser acessado pelo/a candidato/a e pelos membros da Comissão do Processo Seletivo, resguardados todos os direitos dispostos na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do/a candidato/a



**ANEXO 6**

**REQUERIMENTO PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE RECURSO DE ACESSIBILIDADE NO PROCESSO DE SELEÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito na seleção do Mestrado Profissional em Educação Científica, Inclusão e Diversidade, em consonância com a legislação brasileira, solicito disponibilização dos seguintes recursos de acessibilidade durante o processo seletivo.

Opções de Recursos de Acessibilidade:

( ) Prova ampliada. Tamanho/Fonte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Interpretação em Língua de Sinais Brasileira (Libras) para mediar a comunicação, entre surdos e ouvintes, de informações relativas a aplicação da prova e no processo de arguição.

( ) Leitura labial.

( ) Tempo adicional de 60 minutos na realização da prova escrita.

( ) Avaliação diferenciada aos candidatos com surdez em decorrência de sua singularidade linguística.

( ) Uso de notebook próprio com escriba para transcrição.

( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro ciência de que tais recursos apenas serão disponibilizados se, no ato do encaminhamento desta requisição, for comprovada a condição que motiva a solicitação de atendimento especializado, através de diagnóstico, com assinatura do profissional com registro no Conselho Regional de Medicina, registro do Ministério da Saúde ou registro de órgão competente, com a descrição da condição que motivou a solicitação e código correspondente à Classificação Internacional de Doença (CID10).

**ATENCÃO: Esta requisição deverá ser enviada para o email** ppgecidprocessoseletivo@gmail.com **em até 24h após a publicação da homologação das inscrições, conforme prazos estabelecidos no item 5 do Edital 01/2025.**

*Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do Requerente

**ANEXO A**

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE INDÍGENA – TADII**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e documento de identidade n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, convocado/a para aferição na UFRB relativo ao período letivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **declaro meu pertencimento ao povo indígena \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.

Declaro ainda serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (conforme § 4º do artigo 41 da Resolução CONSUNI nº 003/2018) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

 (local) (dia) (mês) (ano)

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

Assinatura do/a Declarante

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

**Para uso da Comissão**

O (A) Indígena apresentou:

( ) Registro de Nascimento Indígenas – RANI; e/ou

( ) Declaração da Fundação Nacional do Índio – FUNAI e 03 declarações de sua comunidade sobre a sua condição de pertencimento étnico.

|  |
| --- |
| **Parecer Motivado**A Comissão de aferição de autodeclaração, considerou para fins de ingresso na UFRB, as documentações apresentadas de pertencimento ao povo indígena. |
| Os documentos apresentados **confirmam** a autodeclaração indígena ( ) | Os documentos apresentados **não confirmam** a autodeclaração indígena ( ) |
| Data:\_\_\_/\_/\_\_\_\_\_Presidente da Comissão |



**ANEXO B**

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE QUILOMBOLA – TAIQ**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e documento de identidade n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, convocado/a para aferição na UFRB relativo ao período letivo \_\_\_\_\_\_\_\_**,** candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **declaro meu pertencimento à comunidade quilombola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** situada no/s Município/s de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e que mantenho laços familiares, econômicos, sociais e culturais com a referida comunidade.

Declaro ainda serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (conforme § 4º do artigo 41 da Resolução CONSUNI nº 003/2018) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

 (local) (dia) (mês) (ano)

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

Assinatura do/a Declarante

|  |
| --- |
| **Parecer Motivado**A Comissão de aferição de autodeclaração considerou para fins de ingresso na UFRB, as documentações apresentadas de pertencimento à comunidade quilombola. |
| Os documentos apresentados **confirmam** a autodeclaração quilombola ( ) | Os documentos apresentados **não confirmam** a autodeclaração quilombola ( ) |
| Data:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Presidente da Comissão |

**ANEXO C**

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO PARA MORADORES REMANESCENTES DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Eu/Nós, abaixo assinado/s, declaro/amos para os devidos fins de direito que o/a candidato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_, pertencente á comunidade quilombola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_é **membro desta comunidade**, situada no Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro/amos ainda serem verdadeiras as informações prestadas, e estar/mos ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (conforme § 4º do artigo 41 da Resolução CONSUNI nº 003/2018).

Declaro/amos ainda que estou/amos ciente/s de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

 (local) (dia) (mês) (ano)

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

Liderança

RG:

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



**ANEXO D**

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA TRANS (TRANSGÊNERO, TRANSSEXUAL, TRAVESTI) - TAPT**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a do CPF n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e documento de identidade n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, optante pelo nome social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para ingresso no período letivo \_\_\_\_\_\_\_\_, **declaro minha condição de PESSOA TRANS (transgênero, transsexual, travesti):**



TRANSGÊNERO TRANSSEXUAL TRAVESTI

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (conforme § 4º do artigo 41 da Resolução CONSUNI nº 003/2018) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

 (local) (dia) (mês) (ano)

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

Assinatura do/a Declarante

**ANEXO E**

## **FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a do RG n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para ingresso no período letivo \_\_\_\_\_\_\_\_, declaro possuir deficiência:

TIPO DE DEFICIÊNCIA:

[ ] Física

[ ] Intelectual

[ ] Auditiva

[ ] Múltipla

[ ] Visual

[ ] Espectro Autista

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará no cancelamento da matrícula na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (Portaria Normativa nº 9, de 05 de Maio de 2017, do Ministério da Educação).

Declaro ainda que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_.

 (local) (dia) (mês) (ano)

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

Assinatura do/a Declarante

|  |
| --- |
| **Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência** |
| Verificação em: / /\_\_\_\_\_\_\_ |  [ ] Deferido [ ] Indeferido |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Presidente da Comissão |

**ANEXO F**

**MODELO RELATÓRIO DE DESCRITIVO DE FUNCIONALIDADE**

**(Este formulário deverá ser preenchido pelo profissional de saúde que emitir os laudos médicos)**

|  |
| --- |
| **Identificação:** |

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

Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Deficiência: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Permanente ( ) Transitória ( )

|  |
| --- |
| **Descrição Funcional:** |

Possibilidades de realizar atividades relacionadas às dimensões de acessibilidade:

|  |
| --- |
| **Arquitetônica:** |

Mobiliário;

Sinalização;

Adaptação de espaço;

Outros.

|  |
| --- |
| **Comunicacional:** |

( ) Sistema de leitura/escrita;

( ) Prova ampliada;

( ) Leitura Labial;

( ) Tradutor/intérprete de Libras;

( ) Braile;

( ) Libras tátil;

( ) Ledor;

( ) Transcrição;

( ) Guia-intérprete;

( ) Outras Tecnologias Assistiva.

|  |
| --- |
| **Complementar** |

Demais informações que o profissional julgar relevante

**ANEXO G**

**FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador/a do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato/a ao ingresso no Programa de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para ingresso no período letivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desejo interpor recurso contra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme detalhamento abaixo:

Argumento para Interposição de Recurso:



\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (local) (dia) (mês) (ano)

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

Assinatura do/a Declarante