



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
SECRETARIA EXECUTIVA DOS CONSELHOS SUPERIORES – SECS

(anexos da Resolução nº 82/2022- CONSUNI/UFAL)

ANEXO 1

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 Meteorologia do ano 2023, para o 1º período letivo de 2024, 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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL
SECRETARIA EXECUTIVA DOS CONSELHOS SUPERIORES – SECS

ANEXO 2

**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (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 Meteorologia do ano 2023, para o 1º período letivo de 2024, 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

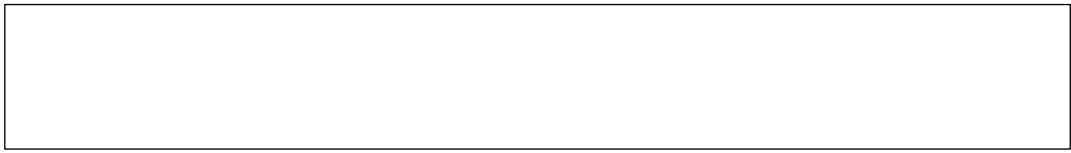
ANEXO 3

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO- INDÍGENA

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 Meteorologia do ano 2023, para o 1º período letivo
de
2024, 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 4

AUTODECLARAÇÃO COMO TRANSEXUAL OU TRAVESTI

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

Local e data: _____

Assinatura do(a) candidato(a) _____

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO COMO TRANSEXUAL E TRAVESTI

Declaramos que o/a candidato/a _____, (TRANSEXUAL ou TRAVESTI), faz parte da comunidade/rede/coletividade transexual e travestie 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).

Local/Data: _____

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 _____

ANEXO 5

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 Meteorologia do ano 2023, para o 1º período letivo de 2024, 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 6
MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Nome	CPF
CID:	Origem da deficiência: <input type="radio"/> Acidente de Trabalho <input type="radio"/> Acidente comum <input type="radio"/> Congênita <input type="radio"/> Adquirida em pós-operatório <input type="radio"/> 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 necessários	

ENQUADRAMENTO DA DEFICIÊNCIA

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

<p>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:</p> <p> <input type="radio"/> paraplegia <input type="radio"/> paraparesia <input type="radio"/> monoplegia <input type="radio"/> monoparesia <input type="radio"/> tetraplegia <input type="radio"/> tetraparesia <input type="radio"/> triplegia <input type="radio"/> triparesia <input type="radio"/> hemiplegia <input type="radio"/> hemiparesia <input type="radio"/> ostomia <input type="radio"/> amputação ou ausência de membro <input type="radio"/> paralisia cerebral <input type="radio"/> nanismo (altura: _____) <input type="radio"/> membros com deformidade congênita ou adquirida <input type="radio"/> outras - especificar: _____ </p>	<p>D 2 - Deficiência Mental</p> <p><input type="radio"/> Psicossocial – conforme Convenção ONU Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de início das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas). Obs.: Anexar Laudo Médico</p> <hr/> <p>E - Deficiência Intelectual–funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:</p> <p> <input type="radio"/> Comunicação <input type="radio"/> Cuidado pessoal <input type="radio"/> Habilidades sociais </p>
<p>B - Deficiência Visual</p>	<p><input type="radio"/> Habilidades sociais</p>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Coordenadoria de Pós-graduação Programa de Pós-graduação em Meteorologia

no

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 simultânea de quaisquer das condições anteriores.

Obs: Anexar Laudo Oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção óptica ou somatório do campo

visual em graus.

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

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)

Utilização dos recursos da comunidade

Saúde e segurança

Habilidades acadêmicas

Lazer

Trabalho

Idade de início: _____

Obs.: Anexar Laudo Médico

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 oftalmologista).

Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico

_____/_____/_____/_____
Cidade UF dia mês ano

Assinatura e carimbo + CRM do médico