



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**ANEXO A**

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

Eu, \_\_\_\_\_, portador/a do CPF n.º \_\_\_\_\_ e documento de identidade n.º \_\_\_\_\_, inscrito/a no processo seletivo \_\_\_\_\_, para o cargo \_\_\_\_\_, na modalidade de vaga \_\_\_\_\_, 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 na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (art. 9 da Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, do Ministério da Educação) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileira.

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do/a Declarante

<b>Parecer Motivado</b>	
A Comissão de aferição de autodeclaração, considerou para fins de ingresso na UFRB, as documentações apresentadas de pertencimento ao povo indígena.	
Os documentos apresentados <b>confirmam</b> a autodeclaração indígena ( )	Os documentos apresentados <b>não confirmam</b> a autodeclaração indígena ( )
Data: ____/____/____	
_____ Presidente da Comissão	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**ANEXO B**

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

Eu, \_\_\_\_\_, portador/a do CPF n.º \_\_\_\_\_ e documento de identidade n.º \_\_\_\_\_, inscrito/a no processo seletivo \_\_\_\_\_, para o cargo \_\_\_\_\_, na modalidade de vaga \_\_\_\_\_, declaro meu pertencimento à comunidade quilombola \_\_\_\_\_.

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (art. 9 da Portaria Normativa nº 18, de 11 de outubro de 2012, do Ministério da Educação) e que estou ciente de que a informação falsa poderá submeter-me ao previsto no art. 299 do Código Penal Brasileira.

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do/a Declarante

<b>Parecer Motivado</b>	
A Comissão de aferição de autodeclaração, considerou para fins de ingresso na UFRB, as documentações apresentadas de pertencimento à comunidade quilombola.	
Os documentos apresentados <b>confirmam</b> a autodeclaração quilombola ( )	Os documentos apresentados <b>não confirmam</b> a autodeclaração quilombola ( )
Data: ____/____/____	
_____ Presidente da Comissão	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**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 n.º \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, pertencente à 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 na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (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: \_\_\_\_\_



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**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 \_\_\_\_\_, inscrito/a no processo seletivo \_\_\_\_\_ para o cargo \_\_\_\_\_, na modalidade de vaga \_\_\_\_\_, **declaro minha condição de PESSOA TRANS (transgênero, transsexual, travesti):**

TRANSGÊNERO

TRANSEXUAL

TRAVESTI

Declaro ainda, serem verdadeiras as informações prestadas, e estar ciente que a declaração inverídica, uma vez comprovada mediante procedimento institucional, implicará na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (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



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**ANEXO E**  
**FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº.  
\_\_\_\_\_, portador/a do RG n.º \_\_\_\_\_, inscrito/a no processo  
seletivo \_\_\_\_\_, para o  
cargo \_\_\_\_\_,  
na modalidade de vaga  
\_\_\_\_\_, 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 na eliminação da minha participação no referido certame da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, inclusive se já tiver tomado posse no cargo, (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

<b>Comissão de verificação da Pessoa com Deficiência</b>	
Verificação em: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido
_____ Presidente da Comissão	



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**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



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**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; ( ) Braille;

( ) Libras tátil;

( ) Ledor;

( ) Transcrição;

( ) Guia-intérprete;

( ) Outras Tecnologias Assistiva.

**Complementar**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

Demais informações que o profissional julgar relevante



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA  
Comitê de Acompanhamento de Políticas Afirmativas e Acesso à Reserva de Cotas  
Comissão de Aferição de Autodeclaração

**ANEXO G**

**FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador/a do RG nº  
\_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito/a no processo seletivo  
\_\_\_\_\_, para o cargo  
\_\_\_\_\_, **na modalidade de vaga**  
\_\_\_\_\_, residente na/o  
\_\_\_\_\_.

desejo interpor recurso contra \_\_\_\_\_,  
conforme detalhamento abaixo:

Argumento para Interposição de Recurso:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(local) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a Declarante