



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 \_\_\_\_\_, 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 <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 \_\_\_\_\_, 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

<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 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: \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_, 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



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 \_\_\_\_\_, 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: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido



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

---

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