

ANEXO I

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. Afirmando 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):

CURSO DE MESTRADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECONCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS  
MESTRADO EM COMUNICAÇÃO

ANEXO II

**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 III**

ESCREVA AQUI O CPF da(o) candidata(o)  
ESCREVA AQUI A LINHA DE PESQUISA PRETENDIDA

ESCREVA AQUI O TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA PROPOSTO: escreva aqui o subtítulo (se houver)

ESCREVA AQUI A CIDADE E ESTADO DE ONDE ESCREVE  
ESCREVA AQUI O ANO



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

FOTO  
3X4  
(Atual e  
Colorida)

## ANEXO A

### AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

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-me: PRETO/A  PARDO/A

Os seguintes motivos justificam minha autodeclaração:

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

Assinatura do/a Declarante

<b>Parecer Motivado</b>	
A Comissão de aferição de autodeclaração, conforme portaria normativa nº 04/2018 do MPOG e Resolução CONSUNI Nº 3/2018, considerou para fins de ingresso na UFRB, apenas as características fenotípicas do/ candidato/a (conjunto de características físicas do indivíduo, predominantemente a cor da pele, a textura do cabelo e os aspectos faciais)	
As características fenotípicas <b>confirmam</b> a autodeclaração ( )	As características fenotípicas <b>não confirmam</b> a autodeclaração ( )
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

FOTO  
 3X4  
 (Atual e  
 Colorida)

**ANEXO B**

**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



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

FOTO  
3X4  
(Atual e  
Colorida)

## ANEXO C

### 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



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**

**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 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: \_\_\_\_\_





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

FOTO  
3X4  
(Atual e  
Colorida)

## ANEXO F

### FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, CPF n.º \_\_\_\_\_, 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 DEFICIENCIA:

- 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
_____ 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 G**

**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;

(  ) Ledor;

(  ) Prova ampliada;

(  ) Transcrição;

(  ) Leitura Labial;

(  ) Guia-intérprete;

(  ) Tradutor/intérprete de Libras;

(  ) Outras Tecnologias Assistiva.

(  ) Braile;

(  ) Libras tátil;

**Complementar**

Demais informações que o profissional julgar relevante

**ANEXO H**  
**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