



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 Educação do ano 2021, para o 1º período letivo de 2022, 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 Educação do ano 2021, para o 1º período letivo de 2022, 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



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

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 Educação do ano 2021, para o 1º período letivo de 2022, 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



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

ANEXO 4

**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 Educação do ano 2021, para o 1º período letivo de 2022, 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



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

ANEXO 5

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



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

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

<p><b>A - Deficiência Física</b> – 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> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> paraplegia</li><li><input type="radio"/> paraparesia</li><li><input type="radio"/> monoplegia</li><li><input type="radio"/> monoparesia</li><li><input type="radio"/> tetraplegia</li><li><input type="radio"/> tetraparesia</li><li><input type="radio"/> triplegia</li><li><input type="radio"/> triparesia</li><li><input type="radio"/> hemiplegia</li><li><input type="radio"/> hemiparesia</li><li><input type="radio"/> ostomia</li><li><input type="radio"/> amputação ou ausência de membro</li><li><input type="radio"/> paralisia cerebral</li><li><input type="radio"/> nanismo (altura:____)</li><li><input type="radio"/> membros com deformidade congênita ou adquirida</li><li><input type="radio"/> outras - especificar: _____</li></ul>	<p><b>D 2 - Deficiência Mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><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).</li></ul> <p><b>Obs.: Anexar Laudo Médico</b></p> <p><b>E - Deficiência Intelectual – funcionamento</b> 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> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Comunicação</li><li><input type="radio"/> Cuidado pessoal</li></ul>
--	---

<p><b>B - Deficiência Visual</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;</li><li><input type="radio"/> baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;</li><li><input type="radio"/> somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.</li></ul> <p><b>Obs: Anexar Laudo Oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Habilidades sociais</li><li><input type="radio"/> Utilização dos recursos da comunidade</li><li><input type="radio"/> Saúde e segurança</li><li><input type="radio"/> Habilidades acadêmicas</li><li><input type="radio"/> Lazer</li><li><input type="radio"/> Trabalho</li></ul> <p>Idade de início: _____</p> <p><b>Obs.: Anexar Laudo Médico</b></p>
--	---



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

<i>óptica ou somatório do campo visual em graus.</i>	
<b>C - Deficiência Auditiva</b> <input type="radio"/> 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. <b>Obs: Anexar Audiograma</b>	<b>F - Visão Monocular</b> <input type="radio"/> 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). <b>Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico</b>
<b>D 1 - Deficiência Mental</b> <input type="radio"/> Lei 12764/2012 – Espectro Autista <b>Obs: Anexar Laudo Médico</b>	
<b>G - Deficiência múltipla</b> <input type="radio"/> Associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima)	

--

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Cidade UF dia mês ano Assinatura e carimbo + CRM do médico



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

ANEXO 6

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome completo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ RG: \_\_ Telefones: (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (    ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Curso de Graduação: \_\_\_\_\_ Conclusão(ano): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Endereço postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Título do projeto: \_\_\_\_\_

Linha de pesquisa em que deseja desenvolver o projeto de dissertação/tese:

( ) Educação e Linguagem; ( ) Educação e Inclusão de Pessoas com Deficiência ou Sofrimento Psíquico; ( ) História e Política da Educação; ( ) Educação em Ciências e Matemática; ( ) Tecnologias da Informação e Comunicação na Educação; ( ) Educação, Culturas e Currículos.

Tipo de vaga a que concorre: ( ) Negro/a; ( ) Indígena; ( ) PcD; ( ) Servido da Ufal; ( ) Demanda Geral (aqueles que não se enquadram nas cotas anteriores).





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

**AUTODECLARAÇÃO COMO TRANSEXUAL OU TRAVESTI**

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

Assinatura do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_

Nome: Local e data: \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO COMO TRANSEXUAL E TRAVESTI**

Declaramos que o/a candidato/a \_\_\_\_\_, (TRANSEXUAL ou TRAVESTI), faz parte da comunidade/rede/coletividade transexual e travesti e reside no seguinte local: Endereço: \_\_\_\_\_ Mu  
nicípio: \_\_\_\_\_ 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).

\_\_\_\_\_ 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

Local/Data: \_\_\_\_\_