



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**ANEXO I**

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO RACIAL**

(A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo para o PROFSAUDE/ MPSF regido pelo Edital nº 01/2023 para a Universidade Federal de Sergipe.

Nome do Candidato:	
CPF:	RG:
E-mail:	Telefone:

Declaro que sou \_\_\_\_\_ (preto, pardo ou índio), para o fim específico de atender ao Item \_\_\_\_\_ do Edital N° 01/2023 bem como estou ciente de que se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação deste Processo Seletivo, em qualquer fase, e de anulação de minha matrícula caso tenha sido matriculado após procedimento regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO PARA CONCORRER À VAGA RESERVADA À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

(A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo para o PROFSAUDE/ MPSF regido pelo Edital nº 01/2023 para a Universidade Federal de Sergipe.

Nome do Candidato:	
CPF:	RG:
E-mail:	Telefone:

Declaro que estou ciente de todas as exigências para concorrer à vaga destinada à Pessoa com Deficiência e que estou apto(a) para a realização das atividades de campo e laboratoriais do curso, bem como, estou ciente de que se for detectada incongruência ou insuficiência da condição descrita no laudo médico, conforme estabelecido na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, no art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista), concorrerei apenas às vagas referentes à ampla concorrência, e também estarei sujeito, a qualquer tempo, às medidas legais cabíveis.

Observações: O Laudo médico deverá ser entregue junto com esta declaração e deverá conter o nome do médico, especialidade, CRM, carimbo e a assinatura, caso contrário, o laudo não terá validade. Este, também, deverá ser legível, sob pena de não ser considerado válido.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**ANEXO III**

**MODELO DE LAUDO MÉDICO A SER ENTREGUE POR CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

(A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)

Atesto, para os devidos fins de direito, que o(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ apresenta a seguinte deficiência(espécie) \_\_\_\_\_, sob o Código Internacional de Doença (CID 10) \_\_\_\_\_, possuindo o seguinte grau/nível de deficiência \_\_\_\_\_, apresentando o seguinte nível de autonomia \_\_\_\_\_. Atesto, ainda, que a deficiência do(a) candidato(a) acima evidenciada está de acordo com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, alterado pelo Decreto nº 5.296/04, ou com o art. 1º da Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012 (Transtorno do Espectro Autista).

Forneço, também, as seguintes informações complementares:

1 - se deficiente físico, o(a) candidato(a) faz uso de órtese, prótese ou adaptações? ( ) sim ( ) não

2 - se deficiente auditivo, anexar exame de audiometria recente (até seis meses);

3 - se deficiente visual, anexar exame de acuidade em ambos os olhos (AO), com especificação da patologia e do campo visual;

4 - se deficiente mental:

4.1) data de início: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

4.2) especificar, também, as áreas de limitação associadas e habilidades adaptativas: \_\_\_\_\_

5 - Se deficiente com deficiência múltipla:

5.1) especificar a associação de duas ou mais deficiências: \_\_\_\_\_

6. Nome do médico/Especialidade/CRM/Carimbo/Assinatura

OBS: O laudo precisa ter uma data de emissão não superior a 180 dias



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

ANEXO IV

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FILMAGEM DE BANCA DE  
HETEROIDENTIFICAÇÃO**

(A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)

Neste ato eu, \_\_\_\_\_,  
nacionalidade \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, portador da cédula de  
identidade nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF nº \_\_\_\_\_, residente à  
Av/rua \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, município de \_\_\_\_\_,  
estado \_\_\_\_\_. AUTORIZO a filmagem, de acordo com a Resolução nº  
23/2021/CONEPE, que regulamenta os procedimentos de Bancas de Heteroidentificação,  
somente para efeitos de utilização deste processo seletivo visando garantir a seriedade do mesmo.  
A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo a utilização para análise de  
eventuais recursos interpostos. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o  
uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem  
ou a qualquer outro, e assino a presente autorização em 02 vias de igual teor e forma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura do Candidato



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**ANEXO V**

**FORMULÁRIO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL DE CANDIDATOS**

Eu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, portador do RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_, Email \_\_\_\_\_,  
Telefone \_\_\_\_\_,

Candidato (a) ao processo seletivo regido pelo EDITAL N° \_\_\_/2023, ciente das disposições no que concerne ao ATENDIMENTO ESPECIAL, informo que necessito de atendimento especial e que a minha condição (de pessoa com deficiência, gestante, lactante, idoso, pessoa com nome social) não impede a realização das atividades do curso e solicito providências necessárias para realização das provas, conforme discriminado abaixo.

TIPO DE ATENDIMENTO SOLICITADO:

- Atendimento Especializado (oferecido a pessoas com deficiência)
- Atendimento Específico (oferecido a gestantes, lactantes, idosos)
- Atendimento pelo Nome Social

NECESSIDADE QUANTO AO TIPO DE PROVA QUE ESTÁ APTO A REALIZAR:

- Prova com letra ampliada fonte 18
- Prova com letra ampliada fonte 24
- Tradutor-intérprete de Língua Brasileira de Sinais
- Sala de fácil acesso e mobiliário acessível.
- Não necessita de prova especial
- Outras (especificar) \_\_\_\_\_

Observação: O candidato com cegueira ou baixa visão deverá providenciar por conta própria, os recursos específicos tipo: reglete, punção, sorobã, lupas, luminária, etc..

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato



