

## **INSTRUÇÕES E DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA PARA OS(AS) CANDIDATO(AS) ÀS VAGAS DE COTAS – UFAL - Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS**

- Para fins do Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS, ficam reservadas 08 (oito) vagas para as ações afirmativas: 02 vagas para Candidatos do Programa Mais Médicos Pretos e pardos; 02 vagas para Candidatos não Mais Médicos Pretos e pardos; 02 vagas para Candidatos do Programa Mais Médicos Indígenas, Pessoas com Deficiência (PcD), Pessoas Trans, Refugiados e assentados e 02 vagas para Candidatos não Mais Médicos Indígenas, Pessoas com Deficiência (PcD), Pessoas Trans, Refugiados e assentados.

- Os/as candidatos/as à reserva de vagas farão sua opção no ato/período da inscrição, deste processo seletivo, indicando a modalidade de reserva de vagas e anexando a documentação exigida pela UFAL, conforme anexos.

### **Documentação específica às Demandas de Reserva de vagas/cotas da UFAL:**

**Negro/as** (pretos/as e pardos/as): além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar Termo de Autodeclaração de Pertencimento Étnico-Racial - Negro/a ou Negro/a Quilombola (Anexo I ou II), e **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). No caso de candidatos/as Negro/a Quilombola, deverá ser anexado também documento que ateste o pertencimento étnico àquela comunidade.

**Indígenas:** além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar Termo de Autodeclaração de Pertencimento Étnico-Racial – Indígena (Anexo III), **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e documento que ateste o pertencimento étnico àquela comunidade.

**Pessoas com deficiência (PcD):** além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar Termo de Autodeclaração de Pessoa com Deficiência e Laudo Médico - Pessoa com Deficiência (PcD (Anexos IV e V) e **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descre-

vendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Anexar ainda, um requerimento, caso necessite de condições diferenciadas para realizar alguma etapa do processo seletivo (Anexo VI).

**Pessoas Trans:** além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar: Autodeclaração como Transexual ou Travesti e Declaração de Reconhecimento como Transexual e Travesti (Anexo VII) e **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), declaração de renda familiar igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio) per capita (Anexo VIII) e comprovação de ter concluído ensino médio em escola pública.

**Refugiados:** além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS para todos os candidatos, ainda deverão anexar documento expedido pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), devidamente reconhecido pelo governo brasileiro.

**Assentados:** além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar: Comprovante de que habita em assentamento da reforma agrária e em um conjunto de unidades agrícolas instaladas pelo Incra em um imóvel rural, declaração de renda familiar igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio) per capita (Anexo VIII) e comprovante de ter concluído ensino médio em escola pública.

**Servidores da UFAL:** Os/as candidatos/as à vaga para servidor da UFAL (PCI), além da documentação exigida no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 1/ 2023 – SGTES/SAPS e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar a Certidão Funcional de Servidor da Universidade Federal de Alagoas.

- Ressalvadas as condições específicas para a realização da/s etapa/s do processo seletivo, os/as candidatos/as com deficiência participarão em igualdade de condições com os/as demais candidatos/as, no que concerne ao horário, local, conteúdo, aos critérios de aprovação e a todas as demais normas de regência para o processo seletivo.

- Os/As candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, Pessoas Trans (Transgêneros, Transsexuais e Travestis), refugiados, assentados e com deficiência concorrerão, concomitantemente, às vagas reservadas e às vagas destinadas à ampla concorrência, de acordo com sua classificação no processo seletivo.

- Os/As candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados e com deficiência aprovados/as dentro do número de vagas oferecido para ampla concorrência, não serão computados/as para efeito do preenchimento das vagas reservadas.

- Em caso de desistência de candidato/a negro/a, indígena, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados ou com deficiência aprovados/as em vaga reservada, a vaga será preenchida pelo/a candidato/a negro/a, indígena, Pessoa Trans (Transgênero, Transexuais e Travestis), refugiada, assentada ou com deficiência, posteriormente classificado/a.

- Na hipótese de não haver candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados e com deficiência aprovados/as em número suficiente para ocupar as vagas reservadas, as vagas remanescentes serão revertidas para a ampla concorrência e serão preenchidas pelos/as demais candidatos aprovados/as, observada a ordem de classificação.

- Os procedimentos para verificação, do/a candidato/a que se autodeclarou negro/a, indígena ou pessoa Trans será realizado pelo Comitê para Diversidade, Heteroidentificação e Etnicidade (CDHE), de acordo com a Resolução nº38/2021- CONSUNI/UFAL.

- Os procedimentos para verificação dos candidatos a vagas destinadas à pessoa com deficiência (PCD) obedecerão aos termos da Resolução nº. 19/2021-CONSUNI/UFAL.

- Em cada fase do processo seletivo, a nota de corte para os/as candidatos/as optantes pela reserva de vagas deverá ser de 10% a menos da nota de corte dos/as não optantes.

- Os procedimentos e cronograma das bancas de heteroidentificação, de pessoas com deficiência e pessoas Trans, serão divulgados, após a homologação das inscrições, na página do PROFSAUDE/FAMED/UFAL no link: <https://famed.ufal.br/pt-br/pos-graduacao/mestrado-profissional-em-saude-da-familia/selecao/aluno-regular/2023>

## ANEXO I

### TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (NEGRO/A) – UFAL

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE – Pólo UFAL do ano de \_\_\_\_\_, 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 82/2022 – 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

## ANEXO II

### TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (NEGRO/A: QUILOMBOLA) - UFAL

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito/a de acordo com o critério do  
programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da  
Família – PROFSAUDE – Pólo UFAL do ano de \_\_\_\_\_, 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 82/2022 – 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

### ANEXO III

#### TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO - INDÍGENA- UFAL

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito/a de acordo com o critério do  
programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da  
Família – PROFSAUDE – Pólo UFAL do ano de \_\_\_\_\_, 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 82/2022 – 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

## ANEXO IV

### TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) – UFAL

Eu, \_\_\_\_\_, RG  
nº \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_, inscrito/a de acordo com o critério do  
programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da  
Família – PROFSAUDE – Pólo UFAL do ano de \_\_\_\_\_, 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  
82/2022 – 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

## ANEXO V

### MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

|  |  |     |
|--|--|-----|
| Nome   |  | CPF |
| CID:   | Origem da deficiência:<br><input type="radio"/> Acidente de Trabalho <input type="radio"/> Acidente comum <input type="radio"/><br>Congênita<br><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

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> <p><input type="radio"/> paraplegia                      <input type="radio"/> paraparesia<br/><input type="radio"/> monoplegia                      <input type="radio"/> monoparesia<br/><input type="radio"/> tetraplegia                      <input type="radio"/> tetraparesia<br/><input type="radio"/> triplegia                      <input type="radio"/> triparesia<br/><input type="radio"/> hemiplegia                      <input type="radio"/> hemiparesia<br/><input type="radio"/> ostomia                      <input type="radio"/> amputação ou ausência de membro<br/><input type="radio"/> paralisia cerebral<br/><input type="radio"/> nanismo (altura: ____ )<br/><input type="radio"/> membros com deformidade congênita ou adquirida<br/><input type="radio"/> outras - especificar: _____</p> | <p><b>D 2 - Deficiência Mental</b></p> <p><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).</p> <p><b>Obs.: Anexar Laudo Médico</b></p> |
|   | <p><b>E - Deficiência Intelectual</b> – funcionamento 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> <p><input type="radio"/> Comunicação<br/><input type="radio"/> Cuidado pessoal</p>   |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>B - Deficiência Visual</b></p> <p><input type="radio"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;</p> <p><input type="radio"/> baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;</p> <p><input type="radio"/> somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.</p> <p><i>Obs: Anexar Laudo Oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção</i></p> | <p><input type="radio"/> Habilidades sociais</p> <p><input type="radio"/> Utilização dos recursos da comunidade</p> <p><input type="radio"/> Saúde e segurança</p> <p><input type="radio"/> Habilidades acadêmicas</p> <p><input type="radio"/> Lazer</p> <p><input type="radio"/> Trabalho</p> <p>Idade de início: _____</p> <p><i>Obs.: Anexar Laudo Médico</i></p> |
|---|---|

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

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

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

## ANEXO VI

### REQUERIMENTO PARA CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA

Nome Completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Eu, candidato (a) acima qualificado (a), inscrito (a) no PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE/MPSF da Universidade Federal de Alagoas, venho requerer condição diferenciada para realizar as Provas do referido Processo, de acordo com o especificado no Edital PROFSAUDE/MPSF nº 01/2023 – SGTES-SAPS. Para isso, anexo documento comprobatório da necessidade de atendimento diferenciado (Laudo Médico com a especificação do tipo de necessidade e/ou deficiência do qual sou portador/a ou outro documento que comprove o tipo de recurso solicitado).

Para tanto, identifico abaixo o tipo de recurso necessário para o dia da prova:

#### 1. NECESSIDADES FÍSICAS

- mesa para cadeiras de rodas
- mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco)
- mesa e cadeiras separadas (obesidade)
- mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)
- sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras)
- sala térrea (dificuldade de locomoção)

#### 2. NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)

- auxílio na leitura da prova (ledor)
- prova superampliada (fonte tamanho 22)

#### 3. NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)

- intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)
- uso de aparelho auditivo

#### 4. AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- da folha de respostas da prova escrita (dificuldade/impossibilidade de escrever)

#### 5. AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA E PREENCHIMENTO DA PROVA ESCRITA

- tetraplegia

#### 6. AMAMENTAÇÃO

- sala para amamentação

#### 7. OUTRAS NECESSIDADES NÃO ESPECIFICADAS ACIMA.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas Edital PROFSAUDE/MPSF nº 01/2023 – SGTES-SAPS

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Candidato(a)

## ANEXO VII

### 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:

Município: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

## ANEXO VIII

### DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

Eu, \_\_\_\_\_, portador/a do CPF nº \_\_\_\_\_ e RG/RNE nº. \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei e para fins de comprovação junto ao Processo Seletivo para o Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFAL, que meu núcleo familiar possui renda mensal igual ou inferior a 1,5 (um e meio) salário mínimo per capita, sendo assim discriminada:

| NOME | PARENTESCO | OCUPAÇÃO     | RENDA |
|------|------------|--------------|-------|
|      |            |              |       |
|      |            |              |       |
|      |            |              |       |
|      |            |              |       |
|      |            |              |       |
|      |            |              |       |
|      |            |              |       |
|      |            | <b>TOTAL</b> |       |

Declaro, ainda, que estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal\* e às demais cominações legais aplicáveis.

Por ser a expressão da verdade, subscrevo.

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

**Assinatura do Candidato/a**

\*O Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal – Falsidade ideológica Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.