**EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025 ANEXO I**

**FORMULÁRIO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL DE CANDIDATO(A)S**

Eu , portador(a) do RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Telefone: , Candidato(a) ao processo seletivo regido pelo EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 003/2022, ciente das disposições no que concerne ao ATENDIMENTO ESPECIAL, informo que necessito de atendimento especial e que a minha condição (de pessoa com deficiência e/ou idoso) 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 idosos) |

**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 |
| Não necessita de prova especial |
| Outras (especificar) |

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

Campina Grande,\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025

# Assinatura do(a) Candidato(a)



**EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025**

# ANEXO II

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO RACIAL**

# (A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025 para o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

| Nome do(a) Candidato(a): | |
| --- | --- |
| Vaga Preterida | |
| CPF: | RG: |
| E-mail: | Telefone: |

Declaro que sou (indicar se se considera: negro (preto ou pardo), indígena, cigano ou quilombola) para o fim específico de atender ao Item do EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025,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.

Campina Grande, de de 2025

# Assinatura do(a) Candidato(a)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PRPGP Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS

# EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025

**ANEXO III**

# AUTODECLARAÇÃO DE GÊNERO

**(A SER ENTREGUE POR CANDIDATO NA INSCRIÇÃO)**

À Comissão Organizadora do Processo Seletivo regido pelo EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025 para o Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

| Nome do(a) Candidato(a): | |
| --- | --- |
| Vaga Preterida | |
| CPF: | RG: |
| E-mail: | Telefone: |

Declaro que sou (indicar autodeterminação de gênero (travesti, transgênero, transexual)) para o fim específico de atender ao Item EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025, 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.

Campina Grande, de de 2025

# Assinatura do(a) Candidato(a)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PRPGP Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS

# EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025

**ANEXO IV**

# 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 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social regido pelo EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025 para a Universidade Estadual da Paraíba.

| Nome do(a) Candidato(a): | |
| --- | --- |
| CPF: | RG: |
| E-mail: | Telefone: |

Declaro que estou ciente de todas as exigência para concorrer às vagas destinadas às Pessoas com Deficiência, 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 especialista, a assinatura e CRM; caso contrário, o laudo não terá validade. Este, também, deverá ser legível, sob pena de não ser considerado válido.

Campina Grande, de de 2025

# Assinatura do(a) Candidato(a)

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - PRPGP Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS

# EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025

**ANEXO V**

# 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, alteradopelo 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:
   1. data de início: / /
   2. especificar, também, as áreas de limitação associadas e habilidades adaptativas:

\_ \_ \_ \_ \_

1. - Se deficiente com deficiência múltipla:
   1. especificar a associação de duas ou mais deficiências:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Nome do médico/Especialidade/CRM/Carimbo

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

****

# EDITAL PPGSS / PRPGP / UEPB N° 002/2025

**ANEXO IX – Formulário de recurso**

À Comissão de Seleção.

# IDENTIFICAÇÃO



| **Nº DE INSCRIÇÃO:** | **CPF:** |
| --- | --- |

| **TELEFONE** | **E-MAIL** |
| --- | --- |



1. **SOLICITAÇÃO DE REVISÃO**



| 2.1 Homologação da Inscrição |  | 2.2 Prova Escrita |
| --- | --- | --- |
| 2.3 Avaliação do currículo do sistema Lattes |  | 2.4 Arguição do Projeto |
| 2.5 Outros |  |  |

# JUSTIFICATIVA DO/A CANDIDATO/A:

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

Campina Grande, de de 2025.

# Assinatura do(a) candidato(a)