ANEXO I

**TERMO DE COMPROMISSO DO SERVIDOR EM EFETIVO EXERCÍCIO NO IFPB**

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO, eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SIAPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) nesta seleção por meio do Edital nº 25/2023, de 21 de dezembro de 2023, declaro ter disponibilidade para participar das atividades no âmbito do Programa Universidade Aberta do Brasil sem prejuízo em minhas atividades regulares no Instituto Federal da Paraíba. Igualmente, declaro não acumular bolsas e, ainda, declaro ter ciência de que o descumprimento desse compromisso resultará em minha exclusão do Programa Universidade Aberta do Brasil.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_.

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

Assinatura do(a) candidato(a)

ANEXO II

**REQUERIMENTO PARA RECURSO**

RECURSO contra resultado preliminar do Processo Seletivo Simplificado regido pelo Edital nº 25/2023, de 21 de dezembro de 2023, realizado pela Comissão Instituída pela Portaria 218/2023 – IFPB Campus Patos.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e CPF n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, candidato(a) regularmente inscrito(a) no processo de seleção para concorrer à vaga de **Tutor**, código \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme Edital nº 25/2023, de 21 de dezembro de 2023, venho, por meio deste requerimento, interpor RECURSO junto à Comissão Instituída pela Portaria 218/2023 – IFPB Campus Patos, em face do resultado preliminar divulgado, tendo por objeto de contestação a(s) seguinte(s) decisão(ões):

Os argumentos com os quais contesto a(s) referida(s) decisão(ões) são:

Para fundamentar essa contestação, encaminho em anexo os seguintes documentos:

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

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

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO III

**MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATOS COM DEFICIÊNCIA**

Nome completo do(a) candidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_\_ Data de expedição: \_\_\_\_\_\_\_\_

Atesto que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está enquadrado(a) na definição do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, com alterações introduzidas pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004.

**1. ESPÉCIE DE DEFICIÊNCIA:**

Física ( ) - Auditiva ( ) - Visual ( ) - Mental ( ) - Deficiências múltiplas ( )

**2. DEFICIÊNCIA FÍSICA (EXCETO AS DEFORMIDADES ESTÉTICAS OU AS QUE NÃO PRODUZAM DIFICULDADE PARA O DESEMPENHO DE FUNÇÕES).**

( ) Paraplegia - ( ) Paraparesia - ( ) Monoplegia - ( ) Monoparesia - ( ) Tetraplegia - ( ) Tetraparesia –

( ) Triplegia - ( ) Triparesia - ( ) Hemiplegia - ( ) Hemiparesia ( ) Paralisia cerebral - ( ) Ostomias –

( ) Amputação ou ausência de membro - ( ) Membros com deformidades congênitas ou adquiridas –

( ) Nanismo

**3. DEFICIÊNCIA VISUAL:**

( ) Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

( ) Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.

( ) Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.

**4. DEFICIÊNCIA MENTAL:**

( ) Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

**5. DEFICIÊNCIA AUDITIVA:**

( ) Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

**6.** Descrever o grau ou nível da deficiência constatada (interferências funcionais promovidas pela deficiência):

**7.** Causa ou origem da deficiência constatada:

**8.** CID da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Localidade e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Assinatura/CRM (Carimbo com CRM, conforme item 7.8)