

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DO SERVIDOR EM EFETIVO EXERCÍCIO NO IFPB

Pelo presente TERMO DE COMPROMISSO, eu,
_____, RG nº _____,
CPF nº _____, candidato(a) nesta seleção por meio do Edital nº ____,
de ____ de _____ de _____, 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 que não
sejam passíveis de acumulação, e, ainda, declaro ter ciência de que o descumprimento desse
compromisso resultará em minha exclusão do Programa Universidade Aberta do Brasil.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) candidato(a)

ANEXO II
REQUERIMENTO PARA RECURSO

RECURSO contra resultado preliminar do Processo Seletivo Simplificado regido pelo Edital nº _____, de ____ de _____ de _____, realizado pela comissão instituída pela PORTARIA Nº 1115/2024 - REITORIA/IFPB.

Eu, _____, portador(a) do RG _____ e CPF nº _____, candidato(a) regularmente inscrito(a) no processo de seleção para concorrer à vaga de _____, código _____, conforme Edital nº _____, de ____ de _____ de _____, venho, por meio deste requerimento, interpor RECURSO junto à comissão instituída pela PORTARIA Nº 1115/2024 - REITORIA/IFPB, 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 _____

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.

8. 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 congênicas 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 60°.

4. DEFICIÊNCIA INTELECTUAL:

() 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)