



PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE

EDITAL Nº 03/2026

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO

ERRATA AO EDITAL

Onde se lê:

ANEXO II - MODELOS DE AUTODECLARAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO PERMANENTE DE VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

**AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL – PESSOA
NEGRA (PRETA OU PARDA)**

Eu, _____, RG
_____, CPF _____, declaro para o fim
específico de atender ao Edital do Processo Seletivo de Ingresso no(a) ☐ Mestrado
☐ Mestrado Profissional ☐ Doutorado ☐ Especialização ☐ Residência do Programa
de Pós Graduação em

_____ que sou:
☐ PRETO(A) ☐ PARDO(A).

Declaro ainda que os seguintes motivos justificam minha autodeclaração:

Estou ciente de que, o (a) candidato (a) que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da

penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE**

**COMISSÃO DE CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA**

Eu, _____,
RG _____
CPF _____,

declaro para o fim específico de atender ao Edital do Processo Seletivo de
Ingresso no(a) ☐ Mestrado ☐ Mestrado Profissional ☐ Doutorado ☐
Especialização ☐ Residência do Programa de Pós Graduação
em _____

que sou uma pessoas com deficiência e me declaro como:

- ☐ Pessoa cega
- ☐ Pessoa com baixa visão
- ☐ Pessoa com visão monocular
- ☐ Pessoa com deficiência auditiva
- ☐ Pessoa surda
- ☐ Pessoa com deficiência física
- ☐ Pessoa com deficiência intelectual
- ☐ Pessoa com deficiências múltiplas
- ☐ Pessoa autista
- ☐ Pessoa com fibromialgia

Insira justificativa de pertencimento ao grupo assinalado acima:

Qual o recurso de acessibilidade necessário para participar da entrevista online de caracterização da deficiência?

Estou ciente de que, o candidato que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local (cidade) e data:

Assinatura de punho próprio ou eletrônica com código de autenticação (obrigatória)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO PERMANENTE DE VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL - INDÍGENA

Eu, _____, RG
_____, CPF _____, declaro para o fim
específico de atender ao Edital do Processo Seletivo de Ingresso no(a) ☐ Mestrado
☐ Mestrado Profissional ☐ Doutorado ☐ Especialização ☐ Residência do Programa
de Pós Graduação em

_____ que sou pertencente ao Povo Indígena _____
_____ (identificar a Etnia) e membro da
Comunidade Indígena _____
(nome da Terra Indígena ou Acampamento) situada no(s) Município(s) de
_____,
_____(Estado).

Estou ciente de que, o candidato que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação

Assinatura do Cacique/Lideranças/Chefe da Comunidade Indígena

Nome completo:

Identidade/CPF:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

OU

Organizações indígenas do povo reconhecidas regionalmente ou por carta do povo

Nome da Organização:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

Assinatura do responsável pela Organização:

Telefone do responsável pela organização:

***A presente declaração deve vir acompanhada por declaração assinada por lideranças da sua comunidade ou por organizações indígenas do povo reconhecidas regionalmente ou por carta do povo, conforme Art. 6 §1º, alínea a, da Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO BANCA VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO TRANS E TRAVESTI (CBHTT)

AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO

Eu, _____, RG
_____, CPF _____, declaro para o fim
específico de atender ao Edital do Processo Seletivo de Ingresso no(a) ☐ Mestrado
☐ Mestrado Profissional ☐ Doutorado ☐ Especialização ☐ Residência do Programa
de Pós Graduação em
_____ que sou
uma pessoa trans, identificada como:

- ☐ Travesti
☐ Mulher Trans
☐ Homem Trans
☐ Pessoa Não-Binária
☐ Outra denominação: _____

Declaro ainda que utilizo e atendo pelos seguintes pronomes de tratamento:
☐ Ela/Dela | ☐ Ele/Dele | ☐ Elu/Delu (Neutro)

Outras considerações:

Estou ciente de que, o (a) candidato (a) que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo,

ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO PERMANENTE DE VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL - QUILOMBOLA

Eu, _____, RG
_____, CPF _____, declaro para o fim
específico de atender ao Edital do Processo Seletivo de Ingresso no(a) ☐ Mestrado
☐ Mestrado Profissional ☐ Doutorado ☐ Especialização ☐ Residência do Programa
de Pós Graduação em _____ que sou
quilombola pertencente ao Quilombo

_____,
da comunidade _____,
_____,
localizada no endereço _____,
_____,
_____, situada
no(s) _____ Município(s) _____ de
_____,
_____ (Estado).

Estou ciente de que, o candidato que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação

Presidente/Coordenador da Associação

Nome completo: _____

_____ CPF: _____ Telefone: _____

_____ CNPJ da Associação: _____

Assinatura e carimbo

Testemunha 1: Membro da própria Comunidade e da Direção/Coordenação da Associação Nome completo: _____

CPF: _____ Telefone: _____

_____ CNPJ da Associação: _____

Assinatura

Testemunha 2: Membro da própria Comunidade e da Direção/Coordenação da Associação Nome completo: _____

CPF: _____ Telefone: _____

_____ CNPJ da Associação: _____

Assinatura

***A presente declaração deve vir acompanhada por declaração de seu pertencimento étnico, assinada pelo(a) candidato(a), por representante de Associação Comunitária reconhecida e duas testemunhas membros da Comunidade Quilombola, acompanhada de ata ou nominata da última eleição da diretoria da Associação (Artigo 6º, §2, Resolução nº 119/2026).**

Leia-se:

ANEXO II - MODELOS DE AUTODECLARAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO PERMANENTE DE VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL**
AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL – PESSOA
NEGRA (PRETA OU PARDA)

Eu, _____,
RG _____ CPF _____, declaro para o
fim específico de atender ao Edital 03/2026 do Processo Seletivo Simplificado em
função temporária de bolsista, com atuação na equipe multidisciplinar de apoio ao
PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE
que sou: ☐ PRETO(A) ☐ PARDO(A).

Declaro ainda que os seguintes motivos justificam minha autodeclaração:

Estou ciente de que, o (a) candidato (a) que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE**

**COMISSÃO DE CARACTERIZAÇÃO DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA**

Eu, _____,
RG _____
CPF _____,

declaro para o fim específico de atender ao Edital 03/2026 do Processo Seletivo Simplificado em função temporária de bolsista, com atuação na equipe multidisciplinar de apoio ao PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE

que sou uma pessoa com deficiência e me declaro como:

- ☐ Pessoa cega
- ☐ Pessoa com baixa visão
- ☐ Pessoa com visão monocular
- ☐ Pessoa com deficiência auditiva
- ☐ Pessoa surda
- ☐ Pessoa com deficiência física
- ☐ Pessoa com deficiência intelectual
- ☐ Pessoa com deficiências múltiplas
- ☐ Pessoa autista
- ☐ Pessoa com fibromialgia

Insira justificativa de pertencimento ao grupo assinalado acima:

Qual o recurso de acessibilidade necessário para participar da entrevista online de caracterização da deficiência?

Estou ciente de que, o candidato que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local (cidade) e data:

Assinatura de punho próprio ou eletrônica com código de autenticação (obrigatória)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO PERMANENTE DE VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL - INDÍGENA

Eu, _____,
RG _____ CPF _____, declaro para o fim
específico de atender ao Edital 03/2026 do Processo Seletivo Simplificado em função
temporária de bolsista, com atuação na equipe multidisciplinar de apoio ao
PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE que sou pertencente ao Povo Indígena

_____(identificar a Etnia) e
membro da Comunidade Indígena _____ (nome da
Terra Indígena ou Acampamento) situada no(s) Município(s)
de _____ (Estado).

Estou ciente de que, o candidato que prestar informações falsas relativas às
exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da
penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo,
ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a
qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação

Assinatura do Cacique/Lideranças/Chefe da Comunidade Indígena

Nome completo:

Identidade/CPF:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

OU

Organizações indígenas do povo reconhecidas regionalmente ou por carta do povo

Nome da Organização:

Telefone:

E-mail:

Endereço:

Assinatura do responsável pela Organização:

Telefone do responsável pela organização:

***A presente declaração deve vir acompanhada por declaração assinada por lideranças da sua comunidade ou por organizações indígenas do povo reconhecidas regionalmente ou por carta do povo, conforme Art. 6 §1º, alínea a, da Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS.**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO BANCA VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO TRANS E TRAVESTI (CBHTT)

AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO

Eu, _____,

RG _____ CPF _____, declaro para o fim específico de atender ao Edital 03/2026 do Processo Seletivo Simplificado em função temporária de bolsista, com atuação na equipe multidisciplinar de apoio ao PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE, que sou uma pessoa trans, identificada como:

☐ Travesti

☐ Mulher Trans

☐ Homem Trans

☐ Pessoa Não-Binária

☐ Outra denominação: _____

Declaro ainda que utilizo e atendo pelos seguintes pronomes de tratamento:

☐ Ela/Dela | ☐ Ele/Dele | ☐ Elu/Delu (Neutro)

Outras considerações:

Estou ciente de que, o (a) candidato (a) que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo, ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL PRÓ-
REITORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS E EQUIDADE
COMISSÃO PERMANENTE DE VERIFICAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL - QUILOMBOLA

Eu, _____,

RG _____ CPF _____, declaro para o
fim específico de atender ao Edital Edital 03/2026 do Processo Seletivo Simplificado
em função temporária de bolsista, com atuação na equipe multidisciplinar de apoio
ao PROJETO MAIS SAÚDE COM AGENTE, que sou quilombola pertencente ao
Quilombo _____,
da comunidade _____

_____,
localizada no endereço _____

_____, situada

no(s) Município(s) de _____

_____,
_____ (Estado).

Estou ciente de que, o candidato que prestar informações falsas relativas às
exigências estabelecidas quanto à autodeclaração “estará sujeito, além da
penalização pelos crimes previstos em lei, à desclassificação do processo seletivo,
ter sua bolsa cancelada e ser desligado(a) do Programa, o que poderá acontecer a
qualquer tempo” (Artigo 19, Resolução nº 119/2026 do CONSUN/UFRGS).

Local e data.

Assinatura conforme documento de identificação

Presidente/Coordenador da Associação

Nome completo: _____

_____, CPF: _____ Telefone: _____

CNPJ da Associação: _____

Assinatura e carimbo

Testemunha 1: Membro da própria Comunidade e da Direção/Coordenação da

Associação Nome completo: _____

CPF: _____ **Telefone:** _____

_____ **CNPJ da Associação:** _____

Assinatura

Testemunha 2: Membro da própria Comunidade e da Direção/Coordenação da

Associação Nome completo: _____

CPF: _____ **Telefone:** _____

_____ **CNPJ da Associação:** _____

Assinatura

***A presente declaração deve vir acompanhada por declaração de seu pertencimento étnico, assinada pelo(a) candidato(a), por representante de Associação Comunitária reconhecida e duas testemunhas membros da Comunidade Quilombola, acompanhada de ata ou nominata da última eleição da diretoria da Associação (Artigo 6º, §2, Resolução nº 119/2026).**