## EDITAL no. 721/2022

O Prof. André Felipe Andrade dos Santos, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas (Genética) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PGGEN-UFRJ), faz dispor do regulamento do Processo Seletivo de Ingresso ao **Curso de Doutorado** desta Pós-Graduação para o período de **2023/1**.

## I. Das inscrições

a. O período de inscrições para a seleção será de 01/11/2022 a 21/11/2022.

## II. Das vagas

- a. Serão disponibilizadas um total de **20 (vinte) vagas** para o ingresso de pósgraduandos em **2023/1**.
- b. Destas, 4 vagas serão destinadas para pessoas pretas, pardas e indígenas e 1 vaga será destinada para pessoas com deficiência (PcD), conforme RESOLUÇÃO CEPG/UFRJ Nº 118, de 30 de setembro de 2022, que dispõe sobre a política de ações afirmativas nos cursos de Pós-Graduação stricto sensu da Universidade Federal do Rio de Janeiro e INSTRUÇÃO NORMATIVA CEPG/UFRJ Nº 41, de 30 de setembro de 2022, que elucida a implementação dessas ações afirmativas.

### III. Da candidatura

- a. Os candidatos ao curso de Doutorado deverão ser portadores de diploma ou ata de defesa de Mestrado ocorrida até 28/02/2023.
- b. O candidato deverá possuir a concordância de um orientador vinculado ao PGGEN-UFRJ para realizar de sua inscrição no exame de seleção. Todos os orientadores, inclusive os já credenciados, deverão ser reavaliados pela comissão de Pós-Graduação a cada processo seletivo, segundo as normas especificadas no Anexo I deste edital.
- c. A solicitação de credenciamento do orientador deverá ser feita concomitante com a inscrição do candidato no processo seletivo através de carta de solicitação de credenciamento do orientador, juntamente com seu *Curriculum vitae* em formato Lattes e ementa de disciplina a ser oferecida e ministrada na PGGEN-UFRJ.
- d. O credenciamento dos orientadores será avaliado pela Comissão da PGGEN, conforme os critérios estabelecidos no Anexo I deste edital. O período de solicitação de credenciamento é concomitante ao de inscrições. A avaliação dos pedidos de credenciamento será realizada em reunião da Comissão do PGGEN-UFRJ. Os resultados

serão divulgados por e-mail em data prevista no item VIII deste edital.

- e. O candidato cujo orientador não tenha sido aprovado poderá apresentar carta de aceite de outro orientador, conforme prazo descrito no item VIII deste edital. O novo orientador escolhido será também avaliado pela Comissão do PGGEN-UFRJ, segundo as normas especificadas no Anexo I deste edital.
- f. A lista de orientadores credenciados no programa e links para currículos da Plataforma Lattes, encontra-se disponível no endereço http://www.pggen.intranet.biologia.ufrj.br/docentes.html.
- g. As linhas de pesquisa podem ser verificadas no currículo dos orientadores. A PGGEN-UFRJ não estabelece limite de vagas em cada linha de pesquisa, ficando esta decisão sob responsabilidade de cada orientador.
- h. Para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, o candidato deve definirse em campo específico do formulário de inscrição no processo seletivo como optante às vagas do grupo ao qual pertence. Essa opção é voluntária, podendo o candidato concorrer à ampla concorrência, se assim desejar, mesmo que pertença aos grupos contemplados por ações afirmativas. Os candidatos aprovados que optaram, no momento da inscrição, por concorrer às vagas destinadas no âmbito da política de ações afirmativas, serão classificados seguindo as regras gerais de concorrência estabelecidas na INSTRUÇÃO NORMATIVA CEPG/UFRJ Nº 41, de 30 de setembro de 2022.

## IV. Da documentação da inscrição

A inscrição para o processo seletivo do **Doutorado** poderá ser realizada por email ou presencialmente na secretaria do PGGEN-UFRJ. O candidato deverá, independentemente de ter feito a inscrição presencialmente, enviar email para a secretaria do PGGEN-UFRJ (pggen@acd.ufrj.br), indicando no assunto da mensagem "Inscrição Doutorado / Nome do Candidato(a)", anexando os seguintes documentos (**em arquivo único no formato pdf**):

- Ficha de Inscrição preenchida (anexo IV);
- Carta de aceitação do futuro orientador;
- Carta de solicitação de credenciamento do futuro orientador;
- Diploma de graduação e diploma de mestrado ou documento equivalente (vide cláusula a do item III);
- Histórico escolar da graduação e histórico escolar do mestrado;
- Curriculum vitae do(a) candidato(a), em modelo Lattes;
- Curriculum vitae do(a) orientador(a), em modelo Lattes;
- Documentos pessoais: CPF; Identidade (não serve Habilitação); Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento; Título de Eleitor; Certificado de Reservista; 01 foto 3x4;
- Projeto de Pesquisa, elaborado conforme o Anexo III deste edital;

- Uma carta de referência de Professor ou Pesquisador estabelecido na área.
- Documento comprobatório de parentalidade para candidatas mães que tiveram filhos por adoção e/ou gestação nos últimos 5 anos, a contar da data de divulgação do presente edital;
- Laudo médico para candidatas/os optantes para vagas de pessoa com deficiência (ver modelo sugerido de laudo/atestado médico que se encontra na página seguinte à ficha de inscrição no Anexo IV deste edital).

### V. Da forma e realização dos exames

- a. O processo seletivo para o **Doutorado** (entrevista) ocorrerá presencialmente na data prevista no item VIII deste edital. A confirmação do local e horário das entrevistas será enviada por e-mail aos candidatos e orientadores (nos endereços de email fornecidos na inscrição).
- b. O processo seletivo será conduzido por 3 (três) membros do Departamento de Genética ou da própria Comissão do PGGEN, ou por outros membros da UFRJ ou de fora da Universidade, com título de Doutor. A composição da banca examinadora será divulgada em data prevista no item VIII deste edital.
- c. Na entrevista, o candidato deverá fazer uma apresentação de, no máximo, 10 minutos incluindo um resumo da sua trajetória acadêmica e expondo o projeto a ser desenvolvido durante seu doutorado. Em seguida o candidato será arguido pela banca.
- d. O processo de seleção se dará por meio de avaliação das seguintes etapas:
  - Análise do projeto (peso 2; eliminatória e classificatória);
  - Análise do CV Lattes do candidato (peso 1; classificatória). Candidatas mães que tiveram filhos por adoção e/ou gestação nos últimos cinco anos, a contar da data de divulgação do edital de seleção, terão a nota atribuída ao CV corrigida por um fator de 1,2, caso o valor máximo não tenha sido atingido neste quesito.
  - Análise da atuação do orientador no PGGEN-UFRJ (peso 1; classificatória, conforme Anexo II);
  - Entrevista (Peso 2; eliminatória e classificatória).
- e. O(a) candidato(a) que obtiver nota inferior a 5 (cinco) em qualquer etapa eliminatória será reprovado no processo seletivo.
- f. Candidatos de orientadores que n\u00e3o fa\u00e7am parte do N\u00facleo Permanente do PGGEN-UFRJ ter\u00e3o uma redu\u00e7\u00e3o de dois pontos na nota absoluta.
- g. A ordem das entrevistas se dará de acordo com a ordem de inscrição no processo seletivo.

## VI. Das matrículas

- a. Os candidatos aprovados deverão encaminhar a ficha de matrícula devidamente preenchida e assindada para o email pggen@acd.ufrj.br, ou presencialmente na secretaria da PGGEN, no período indicado no item VIII deste edital. Os candidatos, mesmo tendo encaminhado a matrícula por email, deverão entregar na secretaria da PGGEN uma cópia impressa de toda a documentação constante no intem IV deste edital até o último dia da matrícula indicado no cronograma do item VIII deste edital.
- b. Os candidatos aprovados no processo seletivo para **Doutorado** que não tiverem defendido a dissertação de mestrado até a data estipulada na cláusula a do item III deste edital serão desclassificados.
- c. Os optantes autodeclarados pretos e pardos serão submetidos ao procedimento de heteroidentificação, após o processo seletivo e previamente à matrícula no programa, por uma comissão específica, instituída pela UFRJ na forma da lei, para que não haja desvio da finalidade da política de ações afirmativas.

### VII. Da concessão de bolsas

- a. A PGGEN estabelecerá, em edital específico, as normas e os critérios para a distribuição de bolsas aos discentes aprovados no processo seletivo. A PGGEN-UFRJ não tem compromisso de conceder bolsas de estudos aos alunos. A PGGEN-UFRJ não restringe o número de vagas do Curso ao número de bolsas, de tal forma que candidatos, ainda que sem bolsa, podem se matricular no Curso.
- b. De acordo com a Portaria Conjunta CAPES/CNPq n°01 de 15/07/2010, Artigo 1º Os bolsistas da CAPES e do CNPq matriculados em programa de pós-graduação no País poderão receber complementação financeira, proveniente de outras fontes, desde que se dediquem a atividades relacionadas à sua área de atuação e de interesse para sua formação acadêmica, científica e tecnológica.
  - § 1º É vedada a acumulação de bolsas provenientes de agências públicas de fomento.
  - § 2º Os referidos bolsistas poderão exercer atividade remunerada, especialmente quando se tratar de docência como professores nos ensinos de qualquer grau.
- c. Ainda, de acordo com a Portaria Conjunta CAPES/CNPq n°01 de 15/07/2010, Artigo 2º -Para receber complementação financeira ou atuar como docente, o bolsista deve obter autorização, concedida por seu orientador, devidamente informada à coordenação do curso ou programas de pós-graduação, em que estiver matriculado e registrada no Cadastro Discente da CAPES.
- d. Sobre acúmulo de bolsa e vínculo empregatício de que trata a Portaria Conjunta CAPES-CNPq nº 01/2010, em nota esclarece que a Portaria tem o propósito claro de permitir aos bolsistas da CAPES ou do CNPq a opção de acumular a bolsa de pós-graduação, níveis

mestrado e doutorado, com um vínculo empregatício remunerado, desde que venha a atuar profissionalmente na sua área de formação e cujo trabalho seja correlacionado com o tema da sua dissertação/tese e, portanto, quando tal vínculo empregatício seja resultante de sua condição de bolsista e como consequência do tipo de projeto que esteja desenvolvendo. Desta maneira, vínculos somente poderão ser estabelecidos no transcorrer do mestrado ou doutorado, não podendo ser anteriores à matrícula.

# VIII. Etapas e prazos

Etapa	Data / Período
Inscrição	01/11/2022 - 21/11/2022
Divulgação dos resultados de pedidos de credenciamento de orientadores	01/12/2022 até às 17h
Data limite para a indicação de novos orientadores	02/12/2022 até às 17h
Entrevista	14/12/2022
Divulgação do resultado preliminar	15/12/2022 até às 17h
Período para recursos	16/12/2022 até às 17h
Divulgação do resultado final	19/12/2022 até as 17h
Matrícula	06/03/2023 - 10/03/2023

Rio de Janeiro, 25 de outubro de 2022.

Prof. Dr. Rodrigo de Moura Neto Diretor do Instituto de Biologia UFRJ – Reg.: 0360510 Prof. Dr. André Felipe Andrade dos Santos Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas (Genética) UFRJ - Reg.: 1855250

#### **ANEXO I**

## Credenciamento dos orientadores para a PGGEN-UFRJ

O credenciamento de orientadores será realizado utilizando os seguintes critérios:

- a. O candidato ao credenciamento como orientador deverá apresentar uma cartade compromisso ao Programa de Pós-Graduação em Genética, especificandoem quais programas de Pós-Graduação o mesmo já é credenciado como núcleo permanente. Além disto, deverá explicitar se aspira o credenciamento como membro do núcleo permanente ou como colaborador. Os pedidos de credenciamento deverão ser realizados durante o período de inscrição do(a) candidato(a), conforme indicado no item III deste edital. O resultado da avaliação do pedido de credenciamento será divulgado em data indicada no item VIII deste edital.
- D candidato ao credenciamento deve possuir no mínimo 300 pontos de produção nos últimos 3 anos ou 500 pontos nos últimos 5 anos segundo oscritérios Qualis (Classificação de Periódicos Quadriênio 2017-2018), conformetabela abaixo.

Estrato Qualis CAPES 2017-2018	Pontos
A1	100
A2	90
А3	80
A4	70
B1	40
B2	30
В3	20
B4	10
С	0

Link: http://www.pggen.intranet.biologia.ufrj.br/doc/QUALIS 2017-2018-CAPES.pdf

c. Orientadores com até 10 anos de doutorado ou até 10 anos de contratação, caso sejam credenciados pela comissão da PGGEN, serão considerados como núcleo colaborador desde que o credenciamento satisfaça os itens a e b deste anexo e a PGGEN seja a única pós-graduação ao qual o orientador esteja se credenciando. Nesse caso, a cláusula f do item V não se aplica.

d. O credenciamento de novos orientadores poderá ser limitado em função da proporção núcleo permanente/colaboradores existente no momento.

#### **ANEXO II**

## Avaliação da atuação do orientador na pós-graduação

A avaliação do(a) orientador(a) será realizada utilizando os seguintes critérios:

- a. Número de artigos do orientador publicados com alunos e ex-alunos da PGGEN, nos últimos 5 anos (peso 1,0). A avaliação deste item seguirá a seguinte pontuação:
  - Cada artigo publicado com alunos e ex-alunos da PGGEN nos últimos 5anos receberá 1 ponto até o total de 10 artigos.
  - Se o número de artigos publicados for maior que dez, a nota máxima (10) será mantida.
- b. Número de bolsas em uso pelo orientador na PGGEN (peso 1,0). A avaliação desteitem seguirá a seguinte pontuação:

Número de bolsistas	Nota
0	10
1 ou 2	8
3 ou 4	6
5 ou mais	5

### **ANEXO III**

# Instruções para elaboração de projeto de pesquisa

O projeto de pesquisa deverá ser redigido em fonte tamanho 12 e deverá ter ummáximo de 5 páginas, incluindo os itens que se seguem:

- a. Justificativa
- b. Objetivos
- c. Metodologia
- d. Resultados esperados
- e. Plano de trabalho (cronograma para até 48 meses)
- f. Referências Bibliográficas (não contarão para o número de páginas)

# ANEXO IV FICHA DE INSCRIÇÃO – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GENÉTICA / UFRJ DOUTORADO

Nome:					_		
Nome social: Gênero:				[			
Email:				Foto			
Data de nascimento:	/	/			3x4		
Nacionalidade:			Natural de:				
Tipo sanguíneo:			Fator RH:				
<u> </u>					( ) NIÂ O		
É optante para vagas no			•	` '	( ) NÂO		
-			•	o grupo ao qual pertence	). ):		
( ) Pessoas pretas, pa	ardas	, indigenas <sup>*</sup>	( ) Pe	ssoa com Deficiência**			
CPF:							
RG:	Órgã	io emissor:		Data de emissão: /	/		
Título de eleitor:	I	Seção:	Zona:	Data de emissão: /	/		
Certificado Militar no.: Dispensa no			10.				
Endereço residencial:							
Bairro:		CEP:		Cidade:			
Estado:		País:		Telefone:	Telefone:		
Emprego:		Telefone:					
Graduação:		IES:					
Pós-Graduação: IES:		IES:					
Orientador:							
Email do orientador:							
Coorientador:							
Email do coorientador:	rotoo o	nardaa aarãa aubm	otidos os procedi	monto do hotoroidontificação, en	és a processa solativa a		
previamente à matrícula no prog finalidade da política de ações af **No caso de optantes com defic expedido por profissional especi do Art. 5º do Decreto nº 5.296/0	grama, p firmativa ciência, alista n A (class AGU 45	oor uma comissão e as. a confirmação da au a área, atestando a sificação das deficiê 5/2009, com expres	específica, instituíd utodeclaração se b espécie e o grau incias), da Lei nº 1 sa referência à C	mento de heteroidentificação, ap a pela UFRJ na forma da lei, par- paseará na apresentação de laudo ou nível da deficiência elencada 2.764/12 (lei de ingresso para pe classificação Internacional de Do	a que não haja desvio da o médico, original e cópia, no Anexo 01, nos termos essoas com deficiência) e		
		Rio de Jar	neiro,	de	de 202		

Assinatura do candidato

## MODELO DE LAUDO MÉDICO PARA CANDIDATAS/OS COM DEFICIÊNCIA MODELO SUGERIDO DE ATESTADO MÉDICO IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO À VAGA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Gênero: Nome social:  RG: UF/RG  CPF: Telefone:  Endereço:  Número: Complemento: CEP:  Bairro: Cidade: UF:  Email:  IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico:  Registro profissional (CRM: Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência AUDITIVA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFR. 1 serserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médicos responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidad	Nome:			Data de nasc	cimento: / /
CPF: Telefone:  Endereço:  Número: Complemento: CEP:  Bairro: Cidade: UF:  Email:  IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico:  Registro profissional (CRM:  Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência AUDITIVA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial, presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações informações; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações informações informações de veracidade das informações de veracidade de deficiência de veracidade das informações de veracidade de deficiência de veracidade das informações de veracidade de deficiência de veracidade de deficiência de veracidade das informações de veracidades de veracidade	Gênero:	Nome social	:		
Endereço:  Número: Complemento: CEP:  Bairro: Cidade: UF:  Email:  IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico:  Registro profissional (CRM:  Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência AUDITIVA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	RG:	UF/RG			
Número: Complemento: CEP: Bairro: Cidade: UF: Email:  IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico: Registro profissional (CRM: Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência AUDITIVA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência N'ISUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	CPF:		Telefone:		
Bairro: Cidade: UF:  Email:  IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico:  Registro profissional (CRM:  Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial, presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Endereço:				
Email:  IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico:  Registro profissional (CRM:  Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial, presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Número:	Complement	to:	CEP:	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL  Nome do médico:  Registro profissional (CRM: Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA Deficiência AUDITIVA Deficiência VISUAL Deficiência INTELECTUAL Deficiência INTELECTUAL Deficiência SURDO-CEGUEIRA Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFR.1 s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe	Bairro:	Cidade:			UF:
Nome do médico:  Registro profissional (CRM: Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA Deficiência AUDITIVA Deficiência AUDITIVA Deficiência INTELECTUAL Deficiência INTELECTUAL Deficiência SURDO-CEGUEIRA Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Email:				
Nome do médico:  Registro profissional (CRM: Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA Deficiência AUDITIVA Deficiência AUDITIVA Deficiência INTELECTUAL Deficiência INTELECTUAL Deficiência SURDO-CEGUEIRA Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações		~	,	,	
Registro profissional (CRM:  Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações		ICAÇAO DO M	EDICO RESPO	NSAVEL	
Local de atendimento:  Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência:  Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações					
Telefone:  INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações					
INFORMAÇÕES MÉDICAS  Tipo de deficiência: Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ serva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Local de atendimento:				
Tipo de deficiência:  Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requiernet do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial, presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Telefone:				
Tipo de deficiência:  Código Internacional de Doenças / CDI (listar todos os códigos Deficiência FÍSICA  Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requiernet do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial, presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações		~			
Deficiência FÍSICA  Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ s reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações		INFORMAÇO	DES MEDICAS		
Deficiência AUDITIVA  Deficiência VISUAL  Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	·	Código Interna	acional de Doen	ças / CDI (list	ar todos os códigos)
Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ sereserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações.	Deficiência FÍSICA				
Deficiência INTELECTUAL  Deficiência MÚLTIPLA  Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ sereserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Deficiência AUDITIVA				
Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Deficiência VISUAL				
Deficiência SURDO-CEGUEIRA  Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Deficiência INTELECTUAL				
Transtorno de espectro autista  Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações.	Deficiência MÚLTIPLA				
Descrição detalhada do tipo e grau de deficiência que justifique a reserva de vaga  Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ sereserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações.	Deficiência SURDO-CEGUEIRA				
Observações: Todos os campos deverão ser preenchidos de forma LEGÍVEL ou datilografados. A UFRJ se reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informações médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Transtorno de espectro autista				
reserva ao direito de solicitar informações, esclarecimentos e documentos complementares (do requerente do médico responsável pelo atestado), bem como submeter a parecer técnico e ainda avaliação presencial. presente formulário somente terá validade se estiver devidamente preenchido com todas as informaçõe médicas; O médico assume, sob pena da lei, total responsabilidade pela veracidade das informações	Descrição detalhada do tipo e grau	ı de deficiência	que justifique a	reserva de va	aga
Rio de Janeiro. de de 202	reserva ao direito de solicitar informaç do médico responsável pelo atestado) presente formulário somente terá va médicas; O médico assume, sob p médicas aqui prestadas.	ções, esclarecim , bem como subi lidade se estive ena da lei, tota	entos e documen meter a parecer té r devidamente pr il responsabilidad	tos complemer écnico e ainda a eenchido com	ntares (do requerente e avaliação presencial. O todas as informações dade das informações

Assinatura e Carimbo com CRM do Médico

Assinatura do candidato ou Representante legal