



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA**  
**PROCESSO SELETIVO PÚBLICO**

**PROCEDIMENTO DE VALIDAÇÕES PARA AÇÕES AFIRMATIVAS**

**PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA UFSC**  
**INGRESSO EM 2026**

A Comissão de Residência Médica da Universidade Federal de Santa Catarina - COREME/UFSC), no uso das atribuições legais, torna público o novo procedimento para solicitar a validação da autodeclaração em categoria de ação afirmativa prevista no Processo Seletivo para Residência Médica da UFSC para ingresso no ano de 2026, que será executado mediante a cooperação técnico-administrativa da Associação Médica do Rio Grande do Sul - AMRIGS.

Conforme novo procedimento do Departamento de Validações, você deverá enviar os documentos pelo canal de atendimento do Departamento de Validações, **simples e rápido**, no qual toda solicitação deve ser realizada mediante a abertura de chamado no Portal de Atendimento Institucional - PAI.

Segue o link onde bastará preencher:

- Nome completo;
- E-mail;
- CPF;
- Matrícula (não precisa informar);
- Edital: **Processo Seletivo COREME 2025-2026 - EDITAL de Abertura 05/2025/COREME/UFSC**
- Nível: **Concurso ou processo seletivo público**
- Aceite: **SIM**
- Anexo: **anexar documentos conforme solicitado no edital e orientado no site.**

**Compactar e anexar (tam. máx. 20MB):**

**>>>>> ENVIAR**

Submeter para análise a **documentação exigida** até dia **31/10/2025**, conforme CRONOGRAMA DO EDITAL DE ABERTURA

<https://atendimento.ufsc.br/otrs/public.pl?Action=NewTicketWizardPublic;QueueID=506>

Observações: A documentação enviada pelo PAI é recebida pela Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Equidade - PROAFE, que encaminha o processo à comissão responsável pela validação, composta por membros habilitados. O resultado da validação é informado diretamente ao setor/órgão da UFSC que cuida da seleção ao qual concorre a pessoa candidata. Se a validação for indeferida, a pessoa candidata poderá interpor recurso no mesmo Portal, no prazo de dois dias úteis a contar da notificação da decisão.

**Links para os Formulários:**

ANEXO I: [Autodeclaração PPN \(Preto, Pardo e Negros\)](#)

ANEXO II: [Autodeclaração de Indígena](#)

ANEXO III: [Declaração de Pertencimento Indígena](#)

ANEXO IV: [Autodeclaração de Pessoa com Deficiência \(PCD\)](#)

ANEXO V: [Modelo de Laudo Médico \(UFSC\)](#)

**CRONOGRAMA DO PROCEDIMENTO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO e CRONOGRAMA GERAL:**

Todos os candidatos inscritos receberão notificação por e-mail e Whatsapp informando o cronograma do procedimento de heteroidentificação.

Toda divulgação e convocação que trata este cronograma será através do site  
<https://residenciamedica.ufsc.br/>

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 09/09/2025 a<br>31/10/2025 | <p>ENVIO DE DOCS para validação por heteroidentificação para o e-mail<br/><a href="mailto:coreme.hu@contato.ufsc.br">coreme.hu@contato.ufsc.br</a>;<br/>Assunto: VALIDAÇÃO (PCD/PPIQ/TRANS) - Nome Completo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pessoas com Deficiência (PCD):<br/>enviar documentação descrita no item 10.25;</li><li>• Pessoas pretas e pardas:<br/>enviar documentação descrita no item 10.26</li><li>• Pessoas indígenas:<br/>enviar documentação descrita no item 10.27</li><li>• Pessoas quilombolas:<br/>enviar documentação descrita no item 10.28</li><li>• Pessoas trans:<br/>enviar documentação descrita no item 10.29</li></ul> |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Florianópolis, 20 de outubro de 2025.

Zulmar Antonio Accioli de Vasconcellos  
Presidente  
Comissão de Residência Médica  
Universidade Federal de Santa Catarina

## ANEXO I: Autodeclaração PPN (Preto, Pardo e Negros)

### AUTODECLARAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**  
Pró-Reitoria de Graduação  
Departamento de Administração Escolar

|                |  |                   |  |
|----------------|--|-------------------|--|
| <b>Curso:</b>  |  | <b>Semestre:</b>  |  |
| <b>Aluno:</b>  |  | <b>CPF:</b>       |  |
| <b>E-mail:</b> |  | <b>Matrícula:</b> |  |

### AUTODECLARAÇÃO DE PRETO OU PARDO (cota para PPI)

Tendo sido aprovado(a) e classificado(a) no Processo Seletivo para uma das vagas destinadas, nos termos da Lei 12.711/2012, Decreto Presidencial nº 7824/2012 e Portaria Normativa nº 18/2012/MEC para uma das vagas destinadas à Política de Ações Afirmativas Étnico-Raciais:

1. ☐ DECLARO para o fim específico de atender ao requisito inscrito no Processo Seletivo, que sou preto e possuo aspectos fenotípicos que me caracterizam como pertencente ao grupo racial negro.

☐ DECLARO para o fim específico de atender ao requisito inscrito no Processo Seletivo, que sou pardo e possuo aspectos fenotípicos que me caracterizam como pertencente ao grupo racial negro.

2. DECLARO ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta declaração sujeito-me às penas da lei, especialmente as consequências relacionadas ao Art. 9º da Portaria 18/2012-MEC e ao Edital deste processo seletivo.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# AUTODECLARAÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**  
Pró-Reitoria de Ações Afirmativas  
e Equidade - PROAFE

**Candidato (a):**

**Ano de ingresso:**

**Especialidade:**

**CPF:**

## AUTODECLARAÇÃO DE ÍNDIGENA

Tendo sido aprovado (a) e classificado (a) em Processo Seletivo para uma das vagas destinadas à Política de Ações Afirmativas Étnico-Raciais, nos termos da Lei 12.711/2012, Decreto Presidencial nº 7824/2012 e Portaria Normativa nº 18/2012/MEC:

1. DECLARO para o fim específico de atender ao requisito inscrito no Processo Seletivo, que pertenço a povo indígena.
2. DECLARO ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta declaração me sujeito às penas da lei, especialmente as consequências relacionadas ao Art. 9º da Portaria 18/2012/MEC e ao edital do processo seletivo.

\_\_\_\_\_  
Local e data.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a)

### ABAIXO, NÃO PREENCHER - USO EXCLUSIVO DA UFSC:

#### PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE ÍNDIGENAS

A Comissão de Validação de Autodeclaração de Indígenas, após análise da documentação apresentada pelo (a) candidato (a), em relação às disposições do edital do processo seletivo:

- ( ) **SIM**, valida essa autodeclaração.
- ( ) **NÃO**, não valida essa autodeclaração e **NÃO** o(a) habilita para matrícula, podendo o(a) mesmo recorrer dessa decisão ao órgão administrativo competente.

\_\_\_\_\_  
Local e data.

Assinaturas da comissão de validação de autodeclaração de indígenas:

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

### ANEXO III: Declaração de Pertencimento Indígena

#### DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO INDÍGENA

Nós, lideranças da \_\_\_\_\_, declaramos que o(a) candidato(a)/aluno(a) \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, pertence ao nosso povo, conhece os nossos costumes e respeita nossas tradições e cultura, preenchendo assim o requisito de ingresso por ações afirmativas da Universidade Federal de Santa Catarina.

##### **DADOS DA LIDERANÇA 1:**

**Nome completo** (fazer letra legível): \_\_\_\_\_

**Registro Geral (RG):** \_\_\_\_\_

**Telefone** (com código de área): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Função** que exerce na Terra Indígena ou Aldeia: \_\_\_\_\_

**Assinatura** (deve ser igual à assinatura do documento oficial de identificação apresentado): \_\_\_\_\_

##### **DADOS DA LIDERANÇA 2:**

**Nome completo** (fazer letra legível): \_\_\_\_\_

**Registro Geral (RG):** \_\_\_\_\_

**Telefone** (com código de área): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Função** que exerce na Terra Indígena ou Aldeia: \_\_\_\_\_

**Assinatura** (deve ser igual à assinatura do documento oficial de identificação apresentado): \_\_\_\_\_

##### **DADOS DA LIDERANÇA 3:**

**Nome completo** (fazer letra legível): \_\_\_\_\_

**Registro Geral (RG):** \_\_\_\_\_

**Telefone** (com código de área): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Função** que exerce na Terra Indígena ou Aldeia: \_\_\_\_\_

**Assinatura** (deve ser igual à assinatura do documento oficial de identificação apresentado): \_\_\_\_\_

##### **DADOS DA TERRA INDÍGENA OU ALDEIA:**

**Nome da Terra Indígena ou Aldeia:** \_\_\_\_\_  
**Etnia:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_

**Telefone (se houver):** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**E-mail (se houver):** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Observação:** É obrigatório apresentar documento oficial de identificação com foto e assinatura (frente e verso) de cada uma das 3 lideranças indígenas que assinarem esta Declaração de Pertencimento Indígena.

#### ANEXO IV: Autodeclaração de Pessoa com Deficiência (PCD)

Edital de Abertura – Processo Seletivo nº 05/2025

Comissão de Residência Médica (COREME) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

## AUTODECLARAÇÃO PcD



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**  
Pró-Reitoria de Ações Afirmativas  
e Equidade - PROAFE

**Candidato:**

**Semestre de ingresso:**

**Curso:**

**CPF:**

**E-mail:**

**Matrícula:**

### AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Tendo sido classificado no Processo Seletivo para uma das vagas destinadas, nos termos das Leis 12.711/2012 e 13.409/2016 para o Processo Seletivo Vestibular e Resolução normativa 159/2023/CUn para o SISU:

1. DECLARO para o fim específico de atender ao requisito inscrito no Edital do Processo Seletivo, que sou pessoa com deficiência.
2. DECLARO que estou ciente de que detectada a falsidade desta declaração sujeito-me às penas da lei, especialmente as consequências relacionadas ao Art. 9º da Portaria 18/2012-MEC e ao Edital deste processo seletivo.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**MODELO DE LAUDO MÉDICO**  
**(deve ser preenchido por**  
**profissional da área da saúde)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**  
Pró-Reitoria de Ações Afirmativas  
e Equidade - PROAFE

|               |                       |
|---------------|-----------------------|
| Candidato(a): | Semestre de ingresso: |
| Curso:        | CPF:                  |
| E-mail:       | Matrícula:            |

**LAUDO MÉDICO – Preenchimento exclusivo por profissional da área da saúde**

(Para candidato(a)s inscrito(a)s nas vagas reservadas a Pessoas com Deficiência - PcD)

Atesto, para a finalidade de concorrência em vaga reservada para pessoas com deficiência nos processos seletivos da Universidade Federal de Santa Catarina, previstas na Lei nº 12.711/2012, alterada pela Lei nº 13.409/2016, que o(a) candidato(a) acima identificado(a) possui a deficiência abaixo assinalada:

**Tipo de deficiência:**

- ( ) Deficiência Auditiva/Surdez
- ( ) Deficiência Física
- ( ) Deficiência Intelectual
- ( ) Deficiência Mental
- ( ) Deficiência Múltipla
- ( ) Deficiência Visual (Baixa visão/cegueira)
- ( ) Visão Monocular
- ( ) Transtorno do Espectro Autista - TEA

**Código Internacional de Doenças – CID** (Preencher com um ou mais CIDs, de acordo com a condição do candidato(a)):

---

---

---

**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS A SEGUIR:**

**Para pessoas com TEA**, incluir neste item a descrição das características do sujeito no que diz respeito a comunicação e interação e ao comportamento, e também os suportes necessários e os impactos percebidos na aprendizagem.

**Para pessoas com deficiência mental (psicossocial)**, incluir neste item os impactos percebidos na interação, comunicação e demais atividades do dia a dia, relacionados à condição de deficiência mental. Entende-se a deficiência psicossocial como sequela (resultado) de transtorno mental, ou seja, sinais e características atrelados a um quadro psiquiátrico já estabilizado e com impacto na funcionalidade do sujeito.

**Para pessoas com deficiência intelectual**, incluir neste item a descrição de que as manifestações ocorreram antes dos dezoito anos e que as limitações estão associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1. comunicação; 2. cuidado pessoal; 3. habilidades sociais; 4. utilização dos recursos da comunidade; 5. saúde e segurança; 6. habilidades acadêmicas; 7. lazer; e 8. trabalho (Art. 5º, § 1º, I, "d", do Decreto nº 5.296/2004).

**MODELO DE LAUDO MÉDICO  
(deve ser preenchido por  
profissional da área da saúde)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**  
Pró-Reitoria de Ações Afirmativas  
e Equidade - PROAFE

Candidato(a):

Semestre de ingresso:

Curso:

CPF:

E-mail:

Matricula:

**Descrição detalhada da deficiência:**

---

---

---

---

---

---

**Provável causa da deficiência (quando for o caso):**

---

---

---

---

**Áreas e/ou funções afetadas (quando for o caso):**

---

---

---

---

**Limitações/barreiras enfrentadas:**

---

---

---

---



**MODELO DE LAUDO MÉDICO**  
**(deve ser preenchido por**  
**profissional da área da saúde)**



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**  
Pró-Reitoria de Ações Afirmativas  
e Equidade - PROAFE

Candidato(a):

Curso:

E-mail:

Semestre de ingresso:

CPF:

Matricula:

**EXAMES PARA COMPROVAÇÃO DA DEFICIÊNCIA:**

**Apresentar, juntamente com este laudo, os seguintes exames para comprovação da deficiência:**

- Para candidatos com Deficiência Auditiva (Surdez), além do laudo médico, devem apresentar os seguintes exames: audiometria (tonal e vocal) e imitanciometria, realizados nos vinte e quatro meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, nos quais constem nome legível, carimbo, assinatura e número do conselho de classe do profissional que realizou cada um dos exames.

- Para candidatos com Deficiência Visual, além do laudo médico, devem apresentar exame oftalmológico em que conste a acuidade visual e o campo visual, realizado no máximo nos vinte e quatro meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, como também o nome legível, carimbo, assinatura e CRM do profissional que realizou o exame.

- Para candidatos com Deficiência Múltipla: exames que comprovem as deficiências, conforme as áreas afetadas.

**Nome legível do(a) profissional da área da saúde responsável pelo preenchimento:**

\_\_\_\_\_

**Especialidade:** \_\_\_\_\_

**Carimbo e nº de registro do conselho de classe no qual é inscrito:**

**Assinatura do(a) Profissional da área da saúde:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs.:

- Todas as páginas deste laudo médico deverão ser rubricadas e carimbadas pelo(a) profissional da área da saúde responsável pelo seu preenchimento;
- Este laudo médico não poderá conter rasuras.