



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**PRÓ-REITORIA ESTUDANTIL**

**EDITAL Nº 08/2023**

**SELEÇÃO PARA O EMPRÉSTIMO DE INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS**

A Universidade Estadual da Paraíba, por meio da Pró-Reitoria Estudantil, no uso de suas atribuições legais, **TORNA PÚBLICO** que estarão abertas as inscrições para a seleção de candidatos ao empréstimo de Instrumentais Odontológicos e Articuladores semiajustáveis, na forma de comodato, destinados a alunos(as) a partir do 4º período do curso de Odontologia do Campus I – Campina Grande.

**1. DA QUANTIDADE:**

1.1. Quatro (04) Caixas de Instrumentais odontológicos;

Observação: As caixas não contemplarão os Kits de Canetas de alta e baixa rotação.

**2. DAS INSCRIÇÕES**

2.1. A inscrição do(a) candidato(a) implicará na ciência e aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, em relação às quais não poderá alegar desconhecimento.

2.2. As inscrições serão realizadas no horário de 08h às 16h00, do dia 11 até o dia 13 de setembro de 2023.

2.3. As inscrições serão realizadas exclusivamente de forma presencial, na sala da Pró-Reitoria Estudantil – PROEST, número 227, segundo andar, localizado na Central Acadêmica Paulo Freire, Câmpus Universitário, Bairro de Bondoncongó.

2.4. Para efetuar a inscrição, o(a) candidato(a) deverá:

2.4.1. Realizar a leitura do respectivo Edital;

2.4.2. Imprimir e preencher a ficha de Inscrição e a de justificativa de necessidade de inclusão no programa;

2.4.3. Imprimir o checklist (ANEXO I) da documentação necessária para o processo

- 2.4.4. seletivo, bem como trazer toda a documentação exigida (originais e cópias ou apenas a cópia autenticada atual);
- 2.5. Não serão homologadas inscrições realizadas fora do prazo ou por qualquer outra via que não as especificadas neste Edital.
- 2.6. Em hipótese alguma, serão aceitos pedidos de alteração de informações depois de efetuada a inscrição. Também não será permitida a complementação da documentação comprobatória após o prazo fixado no item 2.2 deste edital.
- 2.7. As informações prestadas no ato da inscrição serão de inteira responsabilidade do(a) candidato(a), reservando-se à Pró-Reitoria Estudantil, o direito de excluir do Processo Seletivo, aquele(a) que fornecer informações inverídicas ou falsas.

### **3. DO INGRESSO E DA SELEÇÃO**

- 3.1. Estão aptos(as) a participar do processo seletivo os(as) estudantes:
- 3.1.1. Regularmente matriculados(as) no curso de Odontologia, do câmpus I - Campina Grande, a partir do 4º período;
- 3.1.2. Em situação de vulnerabilidade socioeconômica, possuindo renda familiar igual ou inferior a três salários-mínimos vigentes no país;
- 3.1.3. O(A) estudante que ingressou na Instituição por meio do sistema de cotas.
- 3.2 Não estão aptos(as) a participar do processo seletivo os(as) estudantes que:
- 3.2.1 Não apresentem a documentação na forma exigida (itens 2.4.2 e 2.4.3) neste Edital.
- 3.2.2 Possuam renda familiar superior a 3 (três) salários-mínimos vigentes no país;
- 3.2.3 Possuam qualquer tipo de vínculo empregatício formal ou informal;
- 3.2.4 Descumpram qualquer exigência durante o processo de seleção;
- 3.2.5 O(A) estudante que não ingressou na Instituição por meio do sistema de cotas.

### **4. DOS(AS) ESTUDANTES COM DEFICIÊNCIA**

- 4.1. Aos(Às) estudantes com deficiência serão reservadas 10% do número de vagas.
- 4.2. O(A) estudante deverá anexar laudo médico à ficha de inscrição, para comprovar sua deficiência e poder concorrer ao percentual mencionado.
- 4.3. O(A) estudante com deficiência concorrerá simultaneamente às vagas oferecidas à

ampla concorrência e às reservadas às pessoas com deficiência.

4.4. As bolsas reservadas aos(às) estudantes com deficiência não preenchidas, serão revertidas aos(as) demais estudantes, observada a ordem de classificação estabelecida na avaliação instrumentalizada, realizada pela equipe da Pró-Reitoria Estudantil.

4.5. O(A) candidato(a) com deficiência submete-se-a a todas as demais normas previstas na RESOLUÇÃO/UEPB/CONSUNI/051/2011.

## 5. DA CLASSIFICAÇÃO

5.1 Serão classificados(as) prioritariamente os(as) estudantes que apresentem as menores rendas familiares per capita comprovadas e, conseqüentemente, se encontrem em maior grau de vulnerabilidade socioeconômica;

5.2 Em caso de empate serão classificados(as) os(as) estudantes na seguinte ordem:

5.2.1 Cujos pais ou responsáveis possuam o maior número de dependentes, comprovado através da respectiva documentação;

5.2.2 Que façam parte de Projeto de Pesquisa, Ensino ou Extensão, sem bolsa, cuja participação no mesmo dependa da utilização dos Instrumentais;

5.2.3 Que tenham obtido o melhor Coeficiente de Rendimento Acadêmico (CRA), no período letivo anterior;

5.2.4 Que tenham obtido a maior média no Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM);

5.2.5 Que possuam a maior média na prova de Língua Portuguesa do ENEM;

5.3 O item 5.2.3 não se aplica aos estudantes novatos.

## 6. CRONOGRAMA

EVENTO	PERÍODO	LOCAL/SITE
Publicação de Edital	06/09/2023	<a href="http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/">http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/</a>
Inscrições presenciais	11/09/2023 a 13/09/2023	Campus I: PROEST Sala número 227, segundo andar, localizado na Central de Acadêmica Paulo Freire, Câmpus Universitário, Bairro de Bondongó
Entrevistas presenciais	14/09/2023 (das 8h às 16h – ordem de chegada)	Campus I: PROEST Sala número 227, segundo andar, localizado na Central de Acadêmica Paulo Freire, Câmpus Universitário,

		Bairro de Bandocongó
Publicação do Resultado Preliminar	15/09/2023	<a href="http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/">http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/</a>
Período para recurso	15/09/2023 a 17/09/2023	<a href="mailto:proest@setor.uepb.edu.br">proest@setor.uepb.edu.br</a>
Resultado Final	18/09/2023	<a href="http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/">http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/</a>
Entrega dos Instrumentais e Articuladores	19/09/23 a 20/09/23	Campus I: PROEST

## 7. DAS DISPOSIÇÃO FINAIS

7.1 É importante consultar frequentemente o site da UEPB/PROEST, onde constarão informações importantes a respeito dos programas de assistência estudantil.

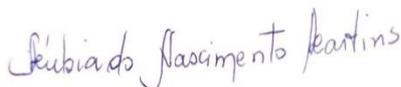
7.2 À equipe da PROEST, reserva-se o direito de realizar entrevista individual; fazer visita domiciliar; bem como solicitar, a qualquer tempo, outros documentos adicionais aos citados neste edital para solucionar quaisquer dúvidas ou obter esclarecimentos julgados necessários.

7.3 Os casos omissos ou duvidosos serão avaliados pela Pró-Reitoria Estudantil (PROEST), consultadas outras instâncias, conforme o caso.

Campina Grande – PB, 06 de setembro de 2023.

  
Assinado de forma digital por  
CELIA REGINA  
DINIZ:45169837453  
Dados: 2023.09.06 07:13:40  
-03'00"

**Prof.<sup>a</sup> Dra. CÉLIA REGINA DINIZ**  
**Reitora**



**Prof.<sup>a</sup> Ma. NÚBIA DO NASCIMENTO MARTINS**  
**Matrícula 120.931-1**  
**Pro-reitora**  
**Estudantil**

## ANEXO I

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS EXIGIDOS

1. Leia com muita atenção todo o presente Edital;
2. Os documentos descritos neste Edital não são obrigatórios para todo e qualquer estudante candidato: a obrigatoriedade de cada um deles depende da situação específica de cada estudante em particular;
3. Deverá ser apresentada a documentação do CANDIDATO e DEMAIS MEMBROS DO NÚCLEO FAMILIAR, em um único PDF e na sequência disposta no checklist abaixo.
4. Só será levada em consideração a informação que estiver comprovada por meio de documentos;
5. A inscrição no PROGRAMA **não será homologada** caso não sejam anexados os documentos que comprovem as informações prestadas;
6. Toda e qualquer renda deve ser informada na declaração de comprovação de renda/ausência de renda (Anexo X), mesmo que sua comprovação não esteja expressamente solicitada neste Edital.
7. A documentação está apresentada abaixo na forma de CHECKLIST visando auxiliar a conferência da documentação a ser apresentada.

CONFERÊNCIA DE DOCUMENTOS	DOCUMENTO	PARA QUAIS PESSOAS / SITUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
1. ( )	Ficha de Inscrição	Somente o estudante.	
2. ( )	Justificativa da necessidade de inclusão no Programa	Somente o estudante.	
3. ( )	Foto 3x4	Somente do estudante.	
3. ( )	Documento de identificação	Todas as pessoas do grupo familiar.	Como documento de identidade serão aceitos: RG e a Carteira de Habilitação (CNH).
4. ( )	Cadastro de Pessoa Física (CPF)	Todas as pessoas do grupo familiar MAIORES de 18 anos.	Caso o número do CPF conste no documento de identidade ou Carteira de Habilitação (CNH), a apresentação desse documento é facultativa.
5. ( )	Certidão de Nascimento	Todas as pessoas do grupo familiar MENORES de 18 anos.	Caso não possua Carteira de Identidade.
6. ( )	Comprovante de residência atualizado até três meses anteriores à data da inscrição.	Residência do grupo familiar. O documento deve conter endereço do imóvel, legível.	
7. ( )	Comprovante de residência atualizado até três meses anteriores à data da inscrição.	Residência do estudante.	Nos casos em que o estudante não reside com o núcleo familiar. O documento deve conter endereço do imóvel, legível.
8. ( )	Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) FÍSICA	Todas as pessoas do grupo familiar maiores de 18.	Apresentar páginas da foto, dos dados pessoais (qualidade civil), do último contrato de trabalho assinado (se houver registro) bem como da próxima página em branco. Caso não haja registros, comprovar com as duas primeiras páginas de contrato de trabalho em branco. Caso o documento tenha sido perdido/roubado deverá ser apresentado Boletim de Ocorrência. Caso não possua este documento deverá apresentar declaração de ausência de carteira de trabalho.
9. ( )	Carteira de	Todas as pessoas do grupo	Apresentar parte dos dados de identificação e parte

	Trabalho e Previdência Social DIGITAL (caso não possua CTPS física)	familiar maiores de 18.	relativa aos contratos de trabalhos (mesmo que não possua registros de contratos)
11. ( )	Contracheque atualizado (no máximo 2 meses)	Todas as pessoas do grupo familiar que receberam remuneração de trabalho assalariado.	
12. ( )	Declaração de comprovação de Renda / Ausência de Renda	Todas as pessoas do grupo familiar maiores de 18.	Documento obrigatório para cada pessoa do grupo familiar, maior de 18 anos, independentemente de possuir renda (ANEXO VI). Deverá ser apresentada uma Declaração de comprovação de Renda / Ausência de Renda para cada pessoa do grupo familiar devidamente assinada pelo respectivo declarante.
13. ( )	Declaração de Doação	Todas as pessoas do grupo familiar que recebem doação em espécie ou produtos de parentes ou terceiros.	No caso de doação na forma de produtos, calcular o valor médio mensal dos produtos (ANEXO VII).
14. ( )	Contrato de estágio/bolsa acadêmica ou declaração da instituição de ensino, informando o valor mensal da remuneração	Todas as pessoas do grupo familiar que recebem remuneração de estágio ou de bolsa acadêmica.	
15. ( )	Extrato de Pagamento de benefícios pagos pelo INSS, atualizado até dois meses anteriores à data da inscrição. (constando nome do beneficiário e valor sem descontos)	Todas as pessoas do grupo famílias beneficiárias de algum benefício do INSS. (Aposentadorias, pensões, benefícios assistenciais, auxílios e/ou outros) Listados em: <a href="https://www.gov.br/inss/pt-br/servicos">https://www.gov.br/inss/pt-br/servicos</a>	Disponível para retirada em: <a href="https://meu.inss.gov.br/#/login">https://meu.inss.gov.br/#/login</a>  Orientações: <a href="https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-extrato-de-pagamento-de-beneficio">https://www.gov.br/pt-br/servicos/emitir-extrato-de-pagamento-de-beneficio</a>
16. ( )	Extrato do Programa Bolsa Família atualizado (no máximo dois meses)	Famílias beneficiárias do Programa.	No documento deve constar identificação do beneficiário e o valor exato do benefício (sem descontos) Este documento pode ser consultado no aplicativo <a href="https://www.caixa.gov.br/atendimento/aplicativos/boisa-familia/Paginas/default.aspx#">https://www.caixa.gov.br/atendimento/aplicativos/boisa-familia/Paginas/default.aspx#</a>
17. ( )	Laudo Médico (PcD)	Apenas para aqueles(as) que desejarem concorrer às vagas reservadas para as Pessoas com Deficiências	Apenas para o(a) estudante
18. ( )	Dados bancários	Para todos os estudantes selecionados. EXCETO àqueles selecionados para o programa do Restaurante Universitário.	Conta corrente OU digital de qualquer banco (exceto NUBANK, MERCADO PAGO, PICPAY). Conta POUPANÇA SOMENTE da Caixa Econômica (operações 013 ou 1288).

**IMPORTANTE: TODO DOCUMENTO QUE EXIGIR ASSINATURA DEVE SER ASSINADO A MÃO OU ASSINADO VIA GOV.COM (COM EXCEÇÃO DAS PESSOAS QUE NA IDENTIDADE COMPROVAREM ANALFABETISMO)**

**ANEXO II**

**SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA ESTUDANTIL**

**FOTO 3X4**

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

**EMPRÉSTIMO AO QUAL DESEJA CONCORRER**

INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS

ARTICULADOR

**DADOS PESSOAIS DO(A) ESTUDANTE**

NOME \_\_\_\_\_

NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE \_\_\_\_\_ NATURALIDADE \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_ RENDA BRUTA R\$ \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO ATUAL DO(A) ESTUDANTE**

RUA \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

( ) CASA ( ) APTO ( ) PENSÃO ( ) OUTRO MORA SOZINHO? ( ) SIM ( ) NÃO

( ) PRÓPRIO ( ) ALUGADO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_ - DIVIDE COM QUANTAS PESSOAS? \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**1º TELEFONE COM DDD**

**2º TELEFONE COM DDD**

**DADOS ACADÊMICOS DO(A) ESTUDANTE**

CURSO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_

CAMPUS \_\_\_\_\_ TURNO \_\_\_\_\_ CRE \_\_\_\_\_

BOLSISTA (ESTÁGIO, PIBIC, PIBID, EXTENSÃO, MONITORIA ETC.)? ( ) SIM ( ) NÃO

1 - PROJETO/ESTÁGIO \_\_\_\_\_ VALOR DA BOLSA R\$ \_\_\_\_\_

2 - PROJETO/ESTÁGIO \_\_\_\_\_ VALOR DA BOLSA R\$ \_\_\_\_\_

3 - PROJETO/ESTÁGIO \_\_\_\_\_ VALOR DA BOLSA R\$ \_\_\_\_\_



BENEFÍCIO ASSISTENCIAL (BOLSA FAMÍLIA, AUXÍLIO-DOENÇA, PENSÃO ETC.) VALOR BRUTO

01- \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

02- \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

03- \_\_\_\_\_ R\$ \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE / MADRASTA / CÔNJUGE / COMPANHEIRO / RESPONSÁVEL

\_\_\_\_\_ SEXO ( ) M ( ) F EST. CIVIL \_\_\_\_\_

ENDEREÇO É ENDEREÇO DO NÚCLEO FAMILIAR ( )

RUA \_\_\_\_\_ NÚMERO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

( ) CASA ( ) APTO ( ) PENSÃO ( ) OUTRO / ( ) PRÓPRIO ( ) ALUGADO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

PONTO DE REFERÊNCIA \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

1º TELEFONE COM DDD

2º TELEFONE COM DDD

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OCUPAÇÃO/BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS

APOSENTADO ( ) PENSIONISTA ( ) OUTRO ( ) ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

ATIVIDADE REMUNERADA	SALÁRIO BRUTO	LOCAL DE TRABALHO
01- _____	R\$ _____	- _____

ATIVIDADE REMUNERADA	SALÁRIO BRUTO	LOCAL DE TRABALHO
02- _____	R\$ _____	- _____

ATIVIDADE REMUNERADA	SALÁRIO BRUTO	LOCAL DE TRABALHO
03- _____	R\$ _____	- _____

BENEFÍCIO ASSISTENCIAL (BOLSA FAMÍLIA,	AUXÍLIO-DOENÇA, PENSÃO ETC.)	VALOR BRUTO
01- _____		R\$ _____
02- _____		R\$ _____
03- _____		R\$ _____

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DO NÚCLEO FAMILIAR**

SERVIÇO DE SAÚDE QUE UTILIZA

PÚBLICO (SUS) [ ] PARTICULAR [ ] PLANO DE SAÚDE [ ] MISTO (SUS/CONVÊNIOS DE SAÚDE) [ ]

GASTO ANUAL COM CONSULTA/PLANO R\$ \_\_\_\_\_ GASTO ANUAL COM MEDICAMENTOS R\$ \_\_\_\_\_

GASTO ANUAL COM APARELHO/EQUIPAMENTO/TERAPIA R\$ \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MEMBROS COM DEFICIÊNCIA E/OU DOENÇA CRÔNICA [        ]

NOME \_\_\_\_\_ DOENÇA/DEFICIÊNCIA \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO FINANCEIRA FAMILIAR**

QUANTOS MEMBROS, DO NÚCLEO FAMILIAR, TRABALHAM? [        ]

TIPO DO RENDIMENTO QUE COMPÕE A RENDA DO NÚCLEO FAMILIAR

( ) MESADA/VALOR R\$ \_\_\_\_\_ ( ) DOAÇÃO DE PARENTES OU AMIGOS/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

( ) ALUGUEL/VALOR R\$ \_\_\_\_\_ ( ) ARRENDAMENTO/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

( ) PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA (B. FAMÍLIA, SEGURO SAFRA ETC.)/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

( ) OUTRO – ESPECIFICAR \_\_\_\_\_/VALOR R\$ \_\_\_\_\_

VALOR DA RENDA FAMILIAR

VALOR DA RENDA PER CAPITA

R\$ \_\_\_\_\_

R\$ \_\_\_\_\_

**DISPOSIÇÕES FINAIS**

1. Estou ciente de que o preenchimento deste formulário, não significa deferimento de qualquer benefício;
2. Estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas neste Edital e na Resolução que o orienta;
3. Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis previstas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, o qual afirma ser crime: “Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante”;
4. DECLARO que todas as informações e os documentos apresentados são verídicos, estando ciente da RESPONSABILIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, CIVIL E PENAL, por qualquer informação ou documentação falsa.

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Requerente

\_\_\_\_\_  
Visto do Servidor

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data do Recebimento



## ANEXO IV

### DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE RENDA

Nome

Nacionalidade

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Estado civil Órgão Emissor

\_\_\_\_\_, portador(a) do RG N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no

CPF sob N° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
Rua, Avenida, travessa, etc. Complemento

\_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_,

**DECLARO**, para fins de COMPROVAÇÃO DE RENDA junto à UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA, que **NÃO POSSUO OUTRA RENDA** além da(s) DISCRIMINADA(S) NESTA DECLARAÇÃO:

**NÃO POSSUO FONTE DE RENDA, PORTANTO, NADA A DECLARAR.**

FONTE DA RENDA: Profissão, Benefício, Bolsas, Bicos, etc.	VALOR RECEBIDO
	R\$:

**NÃO POSSUO CARTEIRA DE TRABALHO.**

**Assino a presente DECLARAÇÃO responsabilizando-me pelo seu conteúdo e estando ciente das penalidades da lei (penal, civil e administrativa).**

\_\_\_\_\_  
Local

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) declarante  
a do declarante

# Documento Digitalizado Restrito

## SELEÇÃO PARA O EMPRÉSTIMO DE INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS

**Assunto:** SELEÇÃO PARA O EMPRÉSTIMO DE INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS

**Assinado por:** Thayza

**Tipo do Documento:** Edital

**Situação:** Finalizado

**Nível de Acesso:** Restrito

**Hipótese Legal:** Acesso restrito definido pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (Lei Nº 13.709 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD))

**Tipo do Conferência:** Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:

- **Thayza Gregório dos Santos, Assessor Administrativo - III - Pró-Reitoria Estudantil**, em 05/09/2023 12:47:56.

Este documento foi armazenado no SUAP em 05/09/2023. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.uepb.edu.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

**Código Verificador:** 295366

**Código de Autenticação:** ac5c4dacbb



# Documento Digitalizado Restrito

## Edital assinado

**Assunto:** Edital assinado  
**Assinado por:** Adriano  
**Tipo do Documento:** Edital  
**Situação:** Finalizado  
**Nível de Acesso:** Restrito  
**Hipótese Legal:** Acesso restrito definido pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) (Lei Nº 13.709 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD))  
**Tipo do Conferência:** Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:

- **Adriano Soares da Silva, Assistente Administrativo**, em 06/09/2023 07:16:18.

Este documento foi armazenado no SUAP em 06/09/2023. Para comprovar sua integridade, faça a leitura do QRCode ao lado ou acesse <https://suap.uepb.edu.br/verificar-documento-externo/> e forneça os dados abaixo:

**Código Verificador:** 295566

**Código de Autenticação:** aa1ce1e802

