



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA ESTUDANTIL

EDITAL Nº 03/2023

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. Oito (08) kits de Instrumentais;

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 03 até o dia 11 de abril de 2023.

2.3. As inscrições serão realizadas exclusivamente de forma presencial, no prédio da Reitoria, no setor da Pró-Reitoria Estudantil – PROEST, localizado na Avenida Baraúnas, nº 351, Câmpus Universitário, Bairro de Bondocongó.

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 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 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 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 bolsas.
- 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 | 30/03/2023 | http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/ |
| Inscrições presenciais | 03/04/2023 a 11/04/2023 | Campus I: PROEST |
| Entrevistas presenciais | 12/04/2023 (das 8h às 16h – ordem de chegada) | Campus I: PROEST |
| Publicação do Resultado Preliminar | 14/04/2023 | http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/ |
| Período para recurso | 14/04/2023 a 16/04/2023 | proest@setor.uepb.edu.br |
| Resultado Final | 19/04/2023 | http://proreitorias.uepb.edu.br/proest/ |
| Entrega dos Instrumentais e Articuladores | 24/04/23 a 26/04/23 | 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.

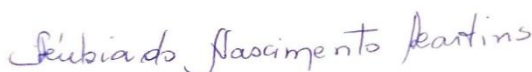
7.2 À equipe da PROEST, reserva-se o direito de realizar entrevista individual; fazer visita domiciliar; bem como solicitar, a qualquer tempo, outros documentos adicionais aos citados neste edital para solucionar quaisquer dúvidas ou obter esclarecimentos julgados necessários.

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

Campina Grande – PB, 31 de março de 2023.


Assinado de forma digital por
CELIA REGINA DINIZ:45169837453
Dados: 2023.03.31 16:17:40 -03'00'

Prof.ª Dra. CÉLIA REGINA DINIZ
Reitora



Prof.ª Ma. NÚBIA DO NASCIMENTO MARTINS
Matrícula 120.931-1
Pro-reitora Estudanti

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(a) e qualquer estudante candidato(a): a obrigatoriedade de cada um deles depende da situação específica de cada estudante em particular;
3. Deverão ser apresentadas CÓPIA E ORIGINAIS ou CÓPIAS AUTENTICADAS da documentação do(a) CANDIDATO(A) e DEMAIS MEMBROS DO NÚCLEO FAMILIAR residentes no mesmo domicílio;
4. Só será levada em consideração a informação que estiver comprovada por meio de documentos;
5. A solicitação de vaga no PROGRAMA poderá vir a ser negada por falta de documentos que comprovem as informações prestadas;
6. É importante que os documentos sejam organizados (identificação e renda) de cada pessoa do grupo familiar.
7. Toda e qualquer renda deve ser informada, mesmo que sua comprovação não esteja expressamente solicitada neste Edital;
8. 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. | |
| 4. () | Registro de matrícula (RDM) | Somente do estudante. | |
| 5. () | Histórico Escolar da UEPB | Somente do estudante. | Apenas para estudantes veteranos. |
| 6. () | Carteira de Identidade | Todas as pessoas do grupo familiar. | Como documento de identidade serão aceitos: RG e a Carteira de Habilitação (CNH). |
| 7. () | 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. |
| 8. () | Registro de Nascimento | Todas as pessoas do grupo familiar MENORES de 18 anos. | Caso não possua Carteira de Identidade. |
| 9. () | Certidão de casamento | Pais ou Responsáveis e Estudante. | Com averbação de divórcio quando for o caso. |
| 10. () | Declaração de união estável | Todas as pessoas do grupo familiar com união conjugal não oficializada. | Caso possua esta Declaração registrada em cartório. |
| 11. () | Certidão de óbito | Estudante com pai, mãe e/ou responsáveis falecidos. | |
| 12. () | Comprovante de residência atualizado | Residência do grupo familiar. | O documento deve conter endereço do imóvel, legível. |
| 13. () | Comprovante de residência atualizado | Residência do estudante. | O documento deve conter endereço do imóvel, legível. |
| 14. () | Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) | Todas as pessoas do grupo familiar maiores de 18. | Apresentar páginas da foto, dos dados pessoais, do último contrato de trabalho assinado e da próxima, 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. |
| 15. () | Contracheque atualizado (no máximo 2 meses) | Todas as pessoas do grupo familiar que receberam remuneração de trabalho assalariado. | |
| 16. () | Declaração de Renda | Todas as pessoas do grupo familiar que possuem renda. | Documento obrigatório para todos do grupo familiar que possuem renda formal ou informal (ANEXO IV). |
| 17. () | Declaração de Ausência de renda | Todas as pessoas do grupo familiar maiores de 18 anos. | Documento obrigatório para todos do grupo familiar que não possuem renda (ANEXO IV). |
| 18. () | 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. | |
| 19. () | Declaração de Imposto de Renda atual | Todas as pessoas do grupo familiar declarantes de imposto de renda. | |
| 20. () | Imposto Territorial Rural (ITR) atualizado | Para pessoas que residam em imóvel rural. | Do documento deverão constar: nome do(a) proprietário(a) e endereço do imóvel, legíveis. No caso do ITR não ser no nome do familiar, apresentar contrato de parceria ou comodato |
| 21. () | Declaração sindicato dos trabalhadores rurais ou pescadores | Todas as pessoas do grupo familiar que forem agricultores, pescadores ou exerçam atividades afins. | No documento deverão constar: nome do(a) proprietário(a), endereço do imóvel, o que produz e a renda mensal excluído os valores dos programas sociais. |
| 22. () | Guia ou Extrato de Pagamento de Benefícios pagos pelo INSS (Aposentadoria, auxílios, pensões, benefício de prestação continuada, salário maternidade e seguro defeso) | Todas as pessoas do grupo familiar beneficiários(as). | Deve constar o nome do(a) beneficiário(a) e o valor total do benefício (sem desconto) na Guia ou no Extrato apresentado. Esse documento pode ser retirado no banco do(a) beneficiário(a) ou pelo site MEU INSS: https://meu.inss.gov.br/central/#/login?redirectUrl=/ |
| 23. () | Extrato do Programa Bolsa Família atualizado | Para famílias beneficiárias do Programa. | No documento deve constar o nome do(a) beneficiário(a) e o valor exato do benefício (sem descontos) |
| 24. () | Laudo médico (PCD) | Para aqueles que se declararem deficientes | No documento deve constar nome do estudante e ser especificada a deficiência |

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

01 – PROJETO/ESTÁGIO _____ VALOR DA BOLSA R\$ _____

02 – PROJETO/ESTÁGIO _____ VALOR DA BOLSA R\$ _____

03 – PROJETO/ESTÁGIO _____ VALOR DA BOLSA R\$ _____

DADOS DO NÚCLEO FAMILIAR

TOTAL DE MEMBROS, DO NÚCLEO FAMILIAR, INCLUINDO O(A) ESTUDANTE[]

| COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR (EXCLUINDO O(A) ESTUDANTE) | | | | | | | |
|--|-----|-------|------------|--------------|--------------|----------|--------------------|
| PRIMEIRO NOME | CPF | IDADE | PARENTESCO | ESTADO CIVIL | ESCOLARIDADE | OCUPAÇÃO | RENDA MENSAL BRUTA |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

NOME DO PAI / PADRASTO / 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/BENEFÍCIO ASSISTENCIAL

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\$ _____ |

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 _____

NOME _____ DOENÇA/DEFICIÊNCIA _____

NOME _____ DOENÇA/DEFICIÊNCIA _____

NOME _____ DOENÇA/DEFICIÊNCIA _____

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 III

JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

Large rectangular area with horizontal lines for text entry.

Local

_____/_____/_____

Data

Assinatura do(a) Requerente

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\$: |
| | R\$: |
| | R\$: |
| | R\$: |
| | 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

Solicitação de assinatura em edital.

Assunto: Solicitação de assinatura em edital.
Assinado por: Thayza
Tipo do Documento: Edital
Situação: Finalizado
Nível de Acesso: Restrito
Tipo do Conferência: Documento Original

Documento assinado eletronicamente por:

- **Thayza Gregório dos Santos, Assessor Administrativo - III - Pró-Reitoria Estudantil**, em 29/03/2023 16:05:07.

Este documento foi armazenado no SUAP em 29/03/2023. 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: 233442

Código de Autenticação: b4a2eaaece

