**ANEXO XVII**

**BANCA DE HETEROIDENTIFICAÇÃO**

**AFERIÇÃO DA VERACIDADE DE AUTODECLARAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| **1 - IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | |
| **Nome Completo:** |  |
| **Nº Inscrição:** |  |
| **Curso:** |  |
| **Campus:** |  |

**CRITÉRIOS FENOTÍPICOS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Fenótipo** | **Descrição do Candidato** | **AVALIADOR1**  **Compatível** | **AVALIADOR2**  **Compatível** | **AVALIADOR3**  **Compatível** | **AVALIADOR4**  **Compatível** | **AVALIADOR5**  **Compatível** |
| 1 | Pele | 1.1 Melanoderma (cor preta) | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO |
| 1.2 Feoderma (cor parda) | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO |
| 1.3 Leucoderma (cor branca) | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO |
| 2 | Nariz | 2.1 Curto/largo/chato (platirrinos) | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO |
| 3 | Boca/lábios | 3.1 Lábios grossos | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO |
| 4 | Cabelo | 4.1 Crespos ou encarapinhados | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO | SIM  NÃO |

|  |
| --- |
| **PARECER DA COMISSÃO** |
| **APTO** |
| O candidato acima mencionado encontra-se apto a preencher a uma das vagas reservadas no Vestibular do IFMT - Edital acima identificado, considerando os critérios fenotípicos estabelecidos, e de acordo com a legislação vigente e normas institucionais. |
| **NÃO APTO** |
| O candidato acima mencionado NÃO se encontra apto a preencher a uma das vagas reservadas no Vestibular do IFMT - Edital acima identificado, considerando os critérios fenotípicos estabelecidos, e de acordo com a legislação vigente e normas institucionais. |
| **Justificativa(s) para o NÃO enquadramento** (especificar os critérios legais) |
| O candidato não se enquadra na condição de pessoa preta ou parda, conforme item e subitens do Edital acima identificado, pois:  não compareceu à entrevista;  não enviou os autodeclaração e ou termo de uso e imagem;  outras justificativas conforme expostas abaixo: |

No quesito cor da pele será válido o seguinte procedimento: caso a compatibilidade de cor PRETA ocorra na avaliação de 05 membros, todos os outros critérios serão desconsiderados, acatando a autodeclaração do candidato.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome e Assinatura dos Membros VIA SUAP DIGITAL** | |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |