



**Curso Pré-Vestibular MedEnsina do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz**  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**AUTODECLARAÇÃO DE COR/ETNIA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do RG: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_, declaro, em  
conformidade com a classificação do IBGE, que sou:

Preto(a) ( )

Indígena ( )

Pardo(a) ( )

Declaro estar ciente de que as informações que estou prestando são de minha inteira  
responsabilidade.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

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