



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ  
Rua João Cabral, 2231, Norte - Bairro Pirajá, Teresina/PI, CEP 64002-150  
Telefone: - <https://www.uespi.br>

## EDITAL Nº Nº 02/2025

Processo nº 00089.030883/2025-16

### PREÂMBULO

A Universidade Estadual do Piauí – UESPI, por meio da Pró-Reitoria de Extensão, Assuntos Estudantis e Comunitários – PREX, e a **Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA)**, tornam público o presente Edital Simplificado para seleção de discentes de graduação (bolsistas e não bolsistas/voluntários) para compor o Grupo AFIRMASUS/UESPI, no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde – AFIRMASUS, visando o projeto "Cuidar em Rede: Integração Ensino–Serviço–Comunidade para Acesso, Diversidade e Equidade em Saúde no Piauí"

#### 1. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E JUSTIFICATIVA DE URGÊNCIA

##### 1.1. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

O presente Edital Simplificado é fundamentado na Portaria GM/MS Nº 5.803, de 28 de novembro de 2024 (Anexo CXII), que institui o Programa AFIRMASUS, no Edital SGETS/MS Nº 5/2025, e no Plano de Ações Afirmativas (PAA) da UESPI. A CLAA é o órgão responsável por realizar o processo de seleção dos discentes.

##### 1.2. JUSTIFICATIVA DA SELEÇÃO SIMPLIFICADA

A aprovação do uso de Editais Simplificados justifica-se pela **necessidade de iniciar as atividades do Grupo AFIRMASUS "Cuidar em Rede" com urgência** e cumprir o prazo de cadastro do bolsista no SGETS/MS até 08 de dezembro para operacionalização financeira do projeto.

#### 2. DO OBJETO: DAS VAGAS E DA COMPOSIÇÃO DO DISCENTE

O presente Edital visa selecionar até **15 (quinze) discentes** de graduação da UESPI, sendo **10 (dez) estudantes bolsistas** e até **5 (cinco) estudantes não bolsistas (voluntários)**.

2.1. A composição discente do Grupo AFIRMASUS deve ser **paritária**, garantindo a participação mínima de um discente de cada curso de graduação na área da saúde que a IES proponente apresentou no projeto. O grupo deve ser composto por **7 (sete) estudantes de graduação na área da saúde** e **3 (três) estudantes de graduação de outras áreas do conhecimento**.

2.2. A distribuição de vagas por curso de graduação segue a tabela abaixo:

CURSO	BOLSISTA (Vagas)	VOLUNTÁRIA (Vagas)	TOTAL	ÁREA
-------	---------------------	-----------------------	-------	------

Psicologia	2	1	3	Saúde
Medicina	1	1	2	Saúde
Enfermagem	1	1	2	Saúde
Fisioterapia	1	1	2	Saúde
Educação Física	2	-	2	Saúde
Comunicação Social (Jornalismo)	2	-	2	Outras
Ciências Sociais	1	1	2	Outras
TOTAL	10	5	15	

### 3. DA BOLSA, DO INCENTIVO E DA DURAÇÃO

3.1. **Valor da Bolsa (Discente Bolsista):** O estudante de graduação selecionado na condição de bolsista receberá uma bolsa mensal no valor de **R\$ 700,00 (setecentos reais)**.

3.2. **Discente Não Bolsista (Voluntário):** Os discentes não bolsistas participarão em caráter facultativo e farão jus a um certificado de participação efetiva e comprovada no Programa, emitido pela IES pública.

3.3. **Duração:** A bolsa para o discente terá duração de **23 meses**, renovável uma única vez por igual período.

### 4. DOS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA CANDIDATURA

O discente deve atender aos seguintes requisitos, conforme o Art. 19 e Art. 23 da Portaria GM/MS Nº 5.803/2024 e o PAA/UESPI:

4.1. **Matrícula Regular:** Estar regularmente matriculado em curso de graduação em IES pública.

4.2. **Área de Estudo:** Estar matriculado nos cursos previstos no item 2.2 deste Edital, observando as categorias profissionais da área da saúde e as três outras áreas de graduação de nível superior

4.3. **Perfil Afirmativo (Obrigatório):**

4.3.1. Ter **ingressado na universidade por meio de ações afirmativas**.

4.3.2. Ter **perfil eletivo** para o público descrito no parágrafo único do art. 1º do Anexo CXII, ou seja, pertencer aos grupos socialmente vulnerabilizados (que incluem pretos, pardos, indígenas, quilombolas, ciganos, pessoas trans, pessoas com deficiência, migrantes e refugiados).

4.4. **Disponibilidade:** Ter disponibilidade para dedicar **12 (doze) horas semanais** às atividades do AFIRMASUS..

4.5. **Acúmulo de Bolsas:** O bolsista não pode acumular qualquer outra bolsa vinculada a IES pública proponente, especialmente bolsas pagas pela SGTES/MS.

### 5. DAS ATRIBUIÇÕES DOS DISCENTES

O discente do Grupo AFIRMASUS, seja bolsista ou não bolsista, deve cumprir os seguintes deveres e atribuições:

Zelar pela **qualidade acadêmica** do AFIRMASUS.

- 5.1. Participar das atividades propostas para o Grupo AFIRMASUS.
- 5.2. Manter **bom rendimento** no curso de graduação.
- 5.3. Publicar ou apresentar em evento de natureza científica um trabalho acadêmico por ano, individualmente ou em grupo.
- 5.4. Fazer referência à sua condição de bolsista do Programa AFIRMASUS nas publicações e trabalhos apresentados.
- 5.5. Cumprir as exigências estabelecidas no Termo de Compromisso do AFIRMASUS.

6. **DO CRONOGRAMA EXCEPCIONAL**

Considerando a urgência de cadastro no SGETS/MS, o cronograma provisório será estabelecido pela CLAA.

ETAPA	PERÍODO
Lançamento do Edital	02/12/2025
Inscrições	02/12/2025 a 03/12/2025
Análise e Julgamento (CLAA)	04/12/2025
Publicação do Resultado Preliminar	04/12/2025
Prazo do Recurso	05/12/2025 - até 12:00h
Resultado Final e Homologação (CLAA)	05/12//2025 - após 14:00h
Entrega de Lista de Participantes para Cadastro SGETS/MS	08/12/2025

7. **DOS CRITÉRIOS DE SELEÇÃO**

A seleção dos discentes será realizada pela CLAA e deverá priorizar discentes pertencentes aos grupos vulnerabilizados socialmente, em consonância com o PAA aprovado.

7.1. **PRIORIZAÇÃO E PONTUAÇÃO**

A seleção deve priorizar a **equidade socioeconômica, étnico-racial e de gênero**.

- Será dada prioridade aos candidatos que comprovarem ser pertencentes aos grupos vulnerabilizados (pretos, pardos, indígenas, quilombolas, ciganos, pessoas trans, pessoas com deficiência, migrantes e refugiados)
- A seleção deve garantir a composição quantitativa e qualitativa, conforme a tabela do item 2.2 e as áreas de conhecimento exigidas.

7.2. **CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO SUGERIDOS**

A avaliação será focada na documentação, currículo e na carta de intenção, analisando:

<b>CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO</b>	<b>PONDERAÇÃO (0 a 10)</b>	<b>DETALHAMENTO</b>
<b>Adesão ao Perfil Afirmativo/Vulnerabilizado</b>	10 (Pontuação Adicional)	Concessão de pontuação adicional pela comprovação de pertencimento aos grupos vulnerabilizados socialmente, conforme o PAA (pretos, pardos, indígenas, quilombolas, ciganos, pessoas trans, pessoas com deficiência, migrantes, refugiados)
<b>Ingresso via Ações Afirmativas</b>	Peso 4	Comprovação de ingresso na IES por meio de política de cotas ou ações afirmativas.
<b>Coerência da Carta de Intenção/Experiência</b>	Peso 3	Avaliação da experiência prévia e da motivação para atuação em projetos de extensão, pesquisa ou ensino voltados para a diversidade, equidade e saúde mental (Eixos 2 e 3 do projeto "Cuidar em Rede").
<b>Disponibilidade/Horários Compatíveis</b>	Peso 3	Avaliação da disponibilidade declarada de 12 horas semanais para dedicação ao programa, conforme exigido.

## 8. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

8.1. **Documentação Exigida para Inscrição:** O candidato deverá enviar à CLAA (via e-mail institucional: **claa.afirmasus@prex.uespi.br**) os seguintes documentos em PDF ÚNICO: Carta de

Intenções (ANEXO I), Histórico Escolar (para comprovação de ingresso via ação afirmativa e matrícula regular), e Termo de Autodeclaração (ANEXOS II).

8.2. **Declaração PAA:** O candidato que se enquadre nos grupos vulnerabilizados deverá apresentar **Termo de Autodeclaração** (ANEXOS II) para fins de aplicação da pontuação preferencial prevista no PAA.

8.3. **Início das Atividades:** Os discentes selecionados deverão iniciar as atividades do Grupo AFIRMASUS/UESPI imediatamente após a homologação do resultado final. **Casos**

8.4. **Omissos:** Os casos omissos ou as dúvidas relativas à operacionalização deste Edital serão deliberados pela **CLAA**, buscando subsídio junto à SGTES/MS.

## 9. DOS ANEXOS

9.1. Integram este Edital, independentemente de transcrição, os seguintes anexos:

9.1.1. Anexo I – CARTA DE INTENÇÃO PARA O PROGRAMA AFIRMASUS/UESPI.

9.1.2. Anexo II – Modelo de Autodeclaração por Escrito

9.1.3.

Teresina, 02 de dezembro de 2025.

**Dra. Aline Martins Diolindo Meneses**  
Presidente da CLAA/AFIRMASUS – UESPI  
(Matrícula nº 280256-2)



Documento assinado eletronicamente por **ALINE MARTINS DIOLINDO MENESES - Matr.0280256-2, Diretor(a) do DAEC**, em 02/12/2025, às 11:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no Cap. III, Art. 14 do [Decreto Estadual nº 18.142, de 28 de fevereiro de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.pi.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.pi.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0021444359** e o código CRC **7C4A2900**.

## ANEXOS AO EDITAL

### ANEXO I

#### CARTA DE INTENÇÃO PARA O PROGRAMA AFIRMASUS/UESPI

[Localidade], [Dia] de [Mês] de 2025.

À Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA) – AFIRMASUS/UESPI Assunto: Manifestação de interesse e motivação para vaga de Discente – Edital Simplificado N° 02/2025.

NOME COMPLETO:

CURSO:

MATRICULA:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

PERFIL: ( ) pessoa com deficiência ( ) indígena ( ) negra ( ) cigana ( ) quilombola  
( ) transgênero ( ) imigrante ou refugiado

MOTIVAÇÃO: escreva um parágrafo relatando a sua motivação em querer participar.

PESQUISA/EXTENSÃO: cite os projetos de pesquisa e extensão que já participou

Estou ciente da dedicação exigida de **12 (doze) horas semanais** e comprometo-me a zelar pela **qualidade acadêmica** e a participar ativamente das atividades propostas para o Grupo AFIRMASUS. Entendo que ser um discente AFIRMASUS significa ser um agente de transformação, alinhado aos objetivos de redução da evasão universitária e de fomento às políticas de diversidade na IES.

Coloco-me à disposição da CLAA para a realização das atividades com a máxima dedicação e responsabilidade.

Atenciosamente,

**[Assinatura do Candidato(a)] [Nome Completo do Candidato(a)] [Número de Matrícula]  
[E-mail e Telefone para Contato]**

## ANEXO II

### MODELO DE AUTODECLARAÇÃO POR ESCRITO

#### AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE DE GÊNERO: TRAVESTI, MULHER OU HOMEM TRANS, TRANSMASCULINO OU PESSOA NÃO BINÁRIA

Eu, \_\_\_\_\_, CIN/CPF \_\_\_\_\_, declaro que sou uma pessoa trans de identidade \_\_\_\_\_ (travesti, mulher ou homem trans, transmasculino ou pessoa não binária), que atendo aos pronomes \_\_\_\_\_, com o fim específico de atender aos critérios estipulados para esta vaga reservada.

Declaro ainda estar ciente que, se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeita/o/e a minha eliminação do processo, e às penalidades previstas em lei. Afirmando ainda que o nome utilizado no preenchimento acima e na ficha de inscrição é aquele que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o uso de outra forma de identificação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

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

### TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do/a candidato/a), portador da CIN/ CPF nº \_\_\_\_\_, para fins de ocupar  
vaga reservada, declaro ser pessoa com deficiência de natureza:

- ☐ Deficiência física  
☐ Deficiência Visual: baixa-visão  
☐ Deficiência Visual: ☐ cegueira ☐ Visão monocular  
☐ Deficiência Mental/Intelectual  
☐ Deficiências Múltiplas  
☐ Deficiência Auditiva  
☐ Surdez (usuário da LIBRAS)  
☐ Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Declaro estar ciente de que:

1) Esse termo está de acordo com o documento de avaliação biopsicossocial ou relatório médico devidamente anexado a essa declaração.

2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)  
\_\_\_\_\_  
(Assinatura do/a candidato/a)

### MODELO DE AUTODECLARAÇÃO RACIAL

Eu, \_\_\_\_\_  
(nome do/a candidato/a), portador da CIN/ CPF nº \_\_\_\_\_, declaro ser: ☐ Preto ☐  
Pardo

Para fins de ocupar vaga reservada para pessoa negra. Declaro ainda, estar ciente de que:

1) As vagas reservadas destinam-se às pessoas que apresentem características fenotípicas de pessoa negra que assim sejam socialmente reconhecidas, não sendo suficiente minha identificação pessoal e subjetiva apenas;

2) As informações prestadas são de minha inteira responsabilidade, podendo eu responder legalmente no caso de falsidade das referidas informações, a qualquer momento, o que acarretará a minha eliminação do processo, sem prejuízo de outras sanções cabíveis.

3) Se for detectada a falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades legais, inclusive de eliminação desta vaga, em qualquer fase, e de anulação de minha contratação após procedimento administrativo regular, em que sejam assegurados o contraditório e a ampla defesa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Assinatura do/a candidato/a)

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO - Indígena**

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Povo Indígena \_\_\_\_\_ (nome do povo indígena), DECLARAM que \_\_\_\_\_ (nome completo), CIN/CPF nº \_\_\_\_\_, é reconhecida/o como membro do nosso povo e mantém vínculo social, cultural, político e familiar com este povo indígena, para fins de ocupar vaga reservada para pessoa indígena. Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

**LIDERANÇA 1**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**LIDERANÇA 2**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**LIDERANÇA 3**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO**

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo \_\_\_\_\_ (nome do Quilombo), DECLARAM que \_\_\_\_\_ (nome completo), CIN/CPF nº \_\_\_\_\_, é quilombola pertencente ao Quilombo \_\_\_\_\_ (nome do quilombo ao qual pertence), cuja respectiva comunidade está localizada no município de \_\_\_\_\_.



\_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, para fins de ocupar vaga reservada para pessoa quilombola. Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade quilombola onde reside o estudante quilombola mencionado acima.

Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração

**LIDERANÇA 1**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**LIDERANÇA 2**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**LIDERANÇA 3**

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do/a candidato/a)