



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

EDITAL Nº N° 003/2025

Processo nº 00089.030883/2025-16

CLAA/UESPI N° 003/2025

SELEÇÃO DE ORIENTADOR DE SERVIÇO BOLSISTA – GRUPO AFIRMASUS **PROJETO: Cuidar em Rede: Integração Ensino–Serviço–Comunidade para Acesso,** **Diversidade e Equidade em Saúde no Piauí**

PREÂMBULO

A **Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA)** da Universidade Estadual do Piauí (UESPI), instituída para a governança do Programa AFIRMASUS pela Portaria GR nº 999, de 19 de novembro de 2025, no uso de suas atribuições e considerando as exigências da Portaria GM/MS N° 5.803/2024 (Anexo CXII), torna pública a abertura do processo seletivo simplificado para a função de Orientador de Serviço (bolsista) do Grupo AFIRMASUS/UESPI.

1. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL E JUSTIFICATIVA DE URGÊNCIA

1.1. **Fundamentação Legal:** O presente Edital Simplificado é fundamentado na Portaria GM/MS N° 5.803, de 28 de novembro de 2024 (Anexo CXII), e no **Plano de Ações Afirmativas (PAA)** da UESPI. A CLAA é o órgão responsável pela seleção.

1.2. **Justificativa da Seleção Simplificada e Prazo Excepcional:** A seleção será conduzida em **etapa única de Análise Curricular e de Mérito** e com **prazo exíguo**. Esta simplificação é adotada dada a **urgência** em iniciar as atividades e cumprir o prazo limite para o **cadastro do bolsista no SGETS/MS até 08 de dezembro** (ou a data limite estabelecida pela IES), o que é fundamental para a operacionalização financeira do projeto.

2. DO OBJETO: DA VAGA E DA BOLSA

O presente Edital visa a seleção de **01 (um) Orientador de Serviço Bolsista** para atuar no Grupo AFIRMASUS/UESPI, vinculado ao projeto "Cuidar em Rede".

CARGO DE VAGAS	BOLSA	DURAÇÃO PREVISTA
Orientador de Serviço (Bolsista)	Valor fixado pelo CNPq (Apoio Técnico em Extensão - ATP) R\$ 770 (nível superior) R\$ 560 (nível médio)	23 meses

Carga Horária Mínima: O bolsista deve dedicar-se à orientação de serviço, reportando-se ao Tutor.

3. DOS REQUISITOS OBRIGATÓRIOS PARA CANDIDATURA (ELIMINATÓRIOS)

3.1. O candidato à função de Orientador de Serviço deverá cumprir, **cumulativamente**, os seguintes requisitos, devendo comprová-los no ato da inscrição:

- I - **Vínculo com o Serviço/Sociedade Civil:** Ser um **representante da sociedade civil organizada** ou um **servidor público** permanente dos cenários de aprendizagem (CAPS II LESTE/UBS ININGA), sendo um trabalhador da área da saúde.
- II - **Formação Mínima:** Possuir formação de **nível médio ou superior**.
- III - **Experiência no Território:** Comprovar atuação efetiva no **território** em que as atividades do programa serão desenvolvidas, por, no **mínimo, um ano**.
- IV - **Acúmulo de Bolsas:** Não acumular qualquer outro tipo de bolsa vinculada cuja fonte pagadora seja a **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS)**.
- V - **Impedimento:** Não ser membro da **Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação (CLAA)**.

4. DAS ATRIBUIÇÕES DO ORIENTADOR DE SERVIÇO

4.1. O Orientador de Serviço terá a **função de supervisão docente-assistencial de caráter ampliado**, exercida em campo. Sua principal atribuição é contribuir com o processo formativo do discente, apoiando a **integração entre o Grupo AFIRMASUS e as comunidades locais**, promovendo a intersetorialidade e a inclusão.

5. DAS AÇÕES AFIRMATIVAS E RESERVAS DE VAGAS

Em consonância com o **Plano de Ações Afirmativas (PAA) da UESPI**, este Edital reserva vagas para candidatos pertencentes a grupos vulnerabilizados, sendo que a seleção será balizada por esses critérios:

- I - **Reserva de Vagas:** Deve-se garantir a **reserva de 50% das vagas profissionais** (incluindo Orientador de Serviço) para candidatos pertencentes aos grupos vulnerabilizados.
- II - **Grupos Prioritários:** São considerados grupos vulnerabilizados socialmente: **pretos, pardos, indígenas, quilombolas, ciganos, pessoas trans, pessoas com deficiência, migrantes e refugiados**.
- III - **Comprovação:** O candidato que desejar concorrer à vaga reservada deverá apresentar **Termo de Autodeclaração** no ato da inscrição.

6. DA ETAPA ÚNICA DE SELEÇÃO (ANÁLISE CURRICULAR E DE MÉRITO)

A seleção será realizada em etapa única de **Análise Curricular e de Mérito (Pontuação de 0 a 100)**, focada nos critérios de aderência ao serviço e experiência qualificada. A CLAA utilizará os seguintes critérios, **priorizando a análise curricular** e a experiência em atividades do projeto "Cuidar em Rede".

Critério de Pontuação	Pontuação Máxima	Detalhamento (Foco no PAA/Território)
A. Atuação no Território e Movimentos Sociais	40 pontos	Atuação comprovada (mínimo 1 ano) no território de abrangência do projeto e/ou em movimentos sociais/comunitários, valorizando a articulação intersetorial e a participação democrática e popular.

B. Experiência e Formação em Saúde Coletiva/SUS	40 pontos	Experiência comprovada em atividades no âmbito do SUS e/ou participação em projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) ou que abordem os Eixos 2 e 3 do projeto "Cuidar em Rede" (Acesso, Cuidado, Saúde Mental).
C. Titulação e Nível de Formação	20 pontos	Pontuação maior será atribuída a candidatos com nível superior e/ou especialização, reconhecendo a qualificação formal.
TOTAL	100 pontos	

- **Critério de Ranqueamento:** A CLAA concederá pontuação adicional (ou prioridade, conforme o PAA) ao candidato pertencente aos grupos vulnerabilizados socialmente, preenchendo o compromisso de 50% de reserva de vagas.

7. DO CRONOGRAMA EXCEPCIONAL

Considerando a urgência de cadastro no SGETS/MS, o cronograma será extremamente reduzido, podendo ser inferior a 8 dias de divulgação.

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 para 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

8. 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: Ficha de Inscrição (ANEXO I), Currículo (detalhando a experiência no SUS/Território), Cópia do Certificado de Conclusão do Nível Médio ou Diploma de Graduação/Pós-Graduação, **Comprovação de atuação efetiva no território/SUS (mínimo 1 ano)** e **Termo de Autodeclaração PAA (ANEXOS II, se aplicável)**.

8.2. **Início Urgente:** O Orientador de Serviço Bolsista selecionado deverá iniciar as atividades do Grupo AFIRMASUS/UESPI imediatamente após a homologação do resultado final.

8.3. **Casos 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 - FICHA DE INSCRIÇÃO PARA O PROGRAMA AFIRMASUS/UESPI

9.1.2. ANEXO II – Modelo de Autodeclaração por Escrito

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 11:43, 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, informando o código verificador 0021451936 e o código CRC **C337E428**.

ANEXOS AO EDITAL

ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO 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° 03/2025.

NOME COMPLETO:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

TELEFONE/WHATSAPP:

EMAIL:

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

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

Estou ciente da dedicação exigida pela função e comprometo-me a contribuir com o processo formativo dos discentes, a partir das minhas experiências territoriais e saberes comunitários. Comprometo-me a apoiar a integração entre o Grupo AFIRMASUS e as comunidades locais, zelando pela intersetorialidade e inclusão. Entendo que ser um Orientador de Serviço AFIRMASUS significa ser um agente ativo no fortalecimento do SUS e no fomento às políticas de diversidade e equidade socioeconômica, étnico-racial e de gênero na execução das atividades do projeto "Cuidar em Rede"

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. Afirmo 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 _____.
(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 _____.
(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 _____.
(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)