



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO - UFOP
COMISSÃO LOCAL DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO AFIRMASUS – CLAA
EDITAL N° 01/2026

ABERTURA DE PROCESSO SELETIVO PARA PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTES
BOLSISTAS E VOLUNTÁRIOS NO PROJETO AFIRMASUS / UFOP

1. APRESENTAÇÃO

A Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), por meio da Pró-reitoria de Extensão e Cultura (PROEX), da Pró-reitoria de Assuntos Comunitários e Estudantis (PRACE) e da Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação do AFIRMASUS (CLAA), torna público o Edital de Seleção de 1 Estudante bolsista e até 5 voluntários para composição do Grupo de Aprendizagem Tutorial do Projeto **CAMPUS Mariana: "Saúde Sem Silêncio: Fortalecendo o Acesso e a Diversidade na Atenção à Saúde da Pessoa Surda"** aprovado no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde – AFIRMASUS, instituído pelo Ministério da Saúde.

2. DO PROGRAMA:

O PROGRAMA NACIONAL DE APOIO A PERMANÊNCIA, DIVERSIDADE E VISIBILIDADE PARA DISCENTES NA ÁREA DA SAÚDE – AFIRMASUS visa fortalecer a permanência universitária a discentes de grupos socialmente vulnerabilizados, de Instituições de Ensino Superior - IES públicas, desenvolvendo ações de ensino, pesquisa, extensão e cultura com recorte de gênero, raça e etnia, por meio da integração entre ensino, serviço e comunidade.

No âmbito do AfirmaSUS, são considerados grupos socialmente vulnerabilizados:

- I - pretos;
- II - pardos;
- III - indígenas;
- IV - quilombolas;
- V - ciganos;



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

- VI - pessoas trans;
- VII - pessoas com deficiência;
- VIII - migrantes; e
- IX - refugiados.

3. SÃO OBJETIVOS ESPECÍFICOS DESTES PROCESSOS SELETIVOS:

- I – favorecer a permanência qualificada de estudantes em situação de vulnerabilidade social e pertencentes aos grupos contemplados pelas ações afirmativas, fortalecendo sua trajetória acadêmica na UFOP;
- II – estimular a formação crítica, cidadã, intercultural e voltada ao enfrentamento das desigualdades em saúde, com base nos princípios do SUS, da educação popular em saúde e da equidade;
- III – promover a participação estudantil em ações integradas de ensino, extensão, cultura e pesquisa, articuladas aos territórios e aos serviços de saúde;
- IV – selecionar estudantes com perfil colaborativo, dialógico e engajado com as pautas afirmativas, com perspectiva de atuação nos territórios e diálogo com populações socialmente vulnerabilizadas;
- V – assegurar a composição interprofissional e interdisciplinar do grupo, com representatividade dos diferentes cursos da área da saúde e cursos com afinidade temática com a proposta aprovada.

4. DOS DEVERES DOS DISCENTES BOLSISTAS E VOLUNTÁRIOS:

- I - zelar pela qualidade acadêmica do AFIRMASUS, participando das atividades propostas nos dois projetos selecionados;
- II - participar das atividades propostas para o grupo AFIRMASUS, atuando de forma colaborativa com o tutor, co-tutor, orientador de serviço e preceptor, assim como com os colegas do grupo de aprendizagem;
- III - manter frequência no projeto e nas atividades da graduação;



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

IV - publicar ou apresentar em evento de natureza científica ou extensionista um trabalho acadêmico por ano, individualmente ou em grupo;

V - fazer referência a sua condição de bolsista do Programa AFIRMASUS nas publicações e trabalhos apresentados; e

VI - cumprir as exigências estabelecidas no Termo de Compromisso do AFIRMASUS.

5. DOS REQUISITOS DOS DISCENTES

5.1. BOLSISTAS:

Estar regularmente matriculado(a) em qualquer curso no Campus Mariana **(1 vaga)**;

II – apresentar disponibilidade de 12 (doze) horas semanais para participação nas atividades do Grupo de Aprendizagem Tutorial, incluindo possíveis ações aos sábados e em horários alternativos;

III – não acumular bolsa incompatível com a participação no Programa AFIRMASUS, nos termos das orientações do Ministério da Saúde e das normativas institucionais vigentes;

IV – se comprometer a participar de todas as atividades previstas no Projeto, incluindo ações internas e externas, formações, reuniões e atividades de extensão e articulação territorial;

V – **conhecimento intermediário ou avançado em Libras.**

5.2 VOLUNTÁRIOS:

Estar regularmente matriculado(a) no curso de serviço social **(5 vagas)** no Campus Mariana;

I – apresentar disponibilidade de 12 (doze) horas semanais para participação nas atividades do Grupo de Aprendizagem Tutorial, incluindo possíveis ações aos sábados e em horários alternativos;

II – se comprometer a participar de todas as atividades previstas no Projeto, incluindo ações internas e externas, formações, reuniões e atividades de extensão e articulação territorial;



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

III – conhecimento intermediário ou avançado em Libras.

6. DO NÚMERO DE VAGAS E DAS BOLSAS:

Será selecionado 1 (um) estudante na condição de bolsista e até 5 (cinco) estudantes na condição de não bolsistas pertencentes ao campi Mariana, conforme quadro abaixo:

Quadro de Vagas e Distribuição Campus Mariana

Grupo	Cursos	Nº de Vagas
Campi Mariana	Todos	1 bolsista
Voluntários(as)	Serviço Social	Até 5 voluntários/as

O estudante bolsista do grupo AFIRMASUS receberá mensalmente bolsa no valor de R\$700,00, com duração de até 24 meses.

Aos estudantes não bolsistas serão aplicados os mesmos requisitos de ingresso e permanência exigidos para o discente bolsista.

O estudante não bolsista terá, no caráter de suplente e na ordem estabelecida pelo processo de seleção, prioridade para substituição de estudante bolsista, desde que preencha as exigências da IES pública para a concessão de bolsas no AFIRMASUS à época da substituição.

Todas as vagas deste edital estão reservadas para estudantes pertencentes a grupos socialmente vulnerabilizados.

7. DAS ETAPAS E INSCRIÇÃO

O presente processo seletivo será composto por 3 etapas:

- Inscrição (VIA GOOGLE FORMS)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

link: <https://forms.gle/KRFVS2JJ4VcEZu1j6>

ii) Análise da carta de intenções

iii) Entrevista

Os estudantes interessados em participar da seleção deverão realizar suas inscrições pelo formulário eletrônico: até o horário de 23h59min do dia 09/02/2026. Não serão analisadas inscrições fora do prazo.

8. DA DOCUMENTAÇÃO

No ato da inscrição, deverão ser anexados os seguintes dados e documentos, em arquivo único:

i) Nome completo

ii) Data de nascimento

iii) Número do CPF

iv) Documento oficial de identificação com foto

v) Comprovante de matrícula atualizado em um dos cursos de graduação especificados no item 7 deste edital

vi) Autodeclaração, de pertencimento aos grupos socialmente vulnerabilizados, identificados no item 2 deste edital (modelos em anexo);

vii) Carta de intenções, com no máximo, 250 (duzentas e cinquenta) palavras digitadas, Fonte Arial ou Times 12, espaçamento entre linhas 1,5; respondendo à questão: **“Qual minha afinidade com as pautas afirmativas e qual meu compromisso social enquanto agente transformador da sociedade?”**

9. DO CRONOGRAMA DO PROCESSO SELETIVO



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

- Inscrições para o processo seletivo: até 09/02/2026.
- Informe sobre inscrições homologadas por email: até 10/02/2026
- Entrevistas: 10/02/2026 (presencial) às 16h – Local: ICHS/Lalin
- Divulgação do resultado final da seleção: 11/02/2026

Os estudantes serão classificados em ordem decrescente de pontuação;

Em caso de empate, será classificado(a) o participante que some o maior número e vulnerabilidades sociais interseccionadas.

Em persistindo o empate, terá prioridade o estudante com maior nota na carta de intenções.

Será sumariamente desclassificado do processo seletivo, o estudante que:

- I - Não apresentar a documentação completa para inscrição exigida no presente edital;
- II - Não atingir o mínimo de 6 pontos na carta de intenções.
- III - For eliminado na entrevista.

10. DOS DESLIGAMENTOS

O estudante será desligado do grupo AFIRMASUS nas seguintes situações:

- I - por decisão da PROEX/PRACE, desde que devidamente homologada pela Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação do AFIRMASUS;
- II - por decisão da Comissão Local de Acompanhamento e Avaliação do AFIRMASUS, embasada em avaliação insatisfatória do estudante ou descumprimento das obrigações previstas neste edital;
- III - por conclusão de curso, trancamento de matrícula institucional ou abandono de curso de graduação;
- IV - por desistência das atividades do grupo AFIRMASUS;
- V - por descumprimento dos deveres do bolsista;



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

VI - por prática ou envolvimento em ações não condizentes com os objetivos do AFIRMASUS ou com o ambiente universitário; e

VII - após o exercício da função de discente bolsista por 2 (dois) anos consecutivos.

Considerações finais

I - Casos omissos serão resolvidos pela Comissão Local de Avaliação (CLAA);

II - O presente edital entrará em vigor na data de sua publicação.

Raquel Leite Braz

Pró-reitora adjunta de Extensão e Cultura – PROEX
Comissão local de Acompanhamento e Avaliação - CLAA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

ANEXOS

(todas as assinaturas deverão ser efetivadas via SOU GOV)

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO POR ESCRITO

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

Eu, _____, 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 _____ de _____.

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

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



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

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 _____.

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

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)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

(Assinatura do/a candidato/a)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

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: _____

_____, _____ de _____ de _____.

(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

(Assinatura do/a candidato/a)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



PROEX
Pró-Reitoria de
Extensão e Cultura



UFOP
Universidade Federal
de Ouro Preto

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO - quilombola

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: _____

_____, ____ de ____ de ____.
(cidade/UF) (dia) (mês) (ano)

(Assinatura do/a candidato/a)