

INSTRUÇÕES E DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA PARA OS(AS) CANDIDATO(AS) ÀS VAGAS DE AÇÕES AFIRMATIVAS E PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO INTERNA DA UFAL - EDITAL N° 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – TURMA 6

- Para fins do Edital n° 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6, ficam reservadas 09 (nove) vagas para as ações afirmativas, sendo: 06 vagas para candidatos médicos do Programa Mais Médicos (PMMB) e 03 vagas para candidatos multiprofissionais, além de uma vaga para atender ao Programa de Capacitação Interna da UFAL.

- Os/as candidatos/as à reserva de vagas farão sua opção no ato/periódico da inscrição, deste processo seletivo, indicando a modalidade de reserva de vagas e anexando a documentação exigida pela UFAL, conforme anexos.

Documentação específica às Demandas de Reserva de Vagas de ações afirmativas da UFAL:

Negro/as (pretos/as e pardos/as): além da documentação exigida no Edital n° 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar Termo de Autodeclaração de Pertencimento Étnico-Racial - Negro/a ou Negro/a Quilombola (Anexo I ou II), e **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). No caso de candidatos/as Negro/a Quilombola, deverá ser anexado também documento que ateste o pertencimento étnico àquela comunidade.

Indígenas: além da documentação exigida no Edital n° 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar Termo de Autodeclaração de Pertencimento Étnico-Racial – Indígena (Anexo III), **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e documento que ateste o pertencimento étnico àquela comunidade.

Pessoas com deficiência (PcD): além da documentação exigida no Edital n° 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar Termo de Autodeclaração de Pessoa com Deficiência e Laudo Médico - Pessoa com Deficiência (PcD) (Anexos IV e V) e **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Anexar ainda, um requerimento, caso necessite de condições diferenciadas para realizar alguma etapa do processo seletivo

(Anexo VI).

Pessoas Trans: além da documentação exigida no Edital nº 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar: Autodeclaração como Transexual ou Travesti e Declaração de Reconhecimento como Transexual e Travesti (Anexo VII) e **um memorial** (de, no mínimo, duas páginas impressas) relatando o histórico de sua vida, descrevendo sua trajetória pessoal, escolar e familiar e suas intenções de estudar no Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), **declaração de renda familiar igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio) per capita** (Anexo VIII) e comprovação de ter concluído ensino médio em escola pública.

Refugiados: além da documentação exigida no Edital nº 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar documento expedido pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE), devidamente reconhecido pelo governo brasileiro.

Assentados: além da documentação exigida no Edital nº 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar: Comprovante de que habita em assentamento da reforma agrária e em um conjunto de unidades agrícolas instaladas pelo Incra em um imóvel rural, declaração de renda familiar igual ou inferior a 1,5 salário-mínimo (um salário-mínimo e meio) per capita (Anexo VIII) e comprovante de ter concluído ensino médio em escola pública.

Servidores da UFAL: Os/as candidatos/as à vaga para servidor da UFAL (PCI), além da documentação exigida no Edital nº 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6 e da exigida pela UFAL para todos os candidatos, ainda deverão anexar a Certidão Funcional de Servidor da Universidade Federal de Alagoas.

- Ressalvadas as condições específicas para a realização da/s etapa/s do processo seletivo, os/as candidatos/as com deficiência participarão em igualdade de condições com os/as demais candidatos/as, no que concerne ao horário, local, conteúdo, aos critérios de aprovação e a todas as demais normas de regência para o processo seletivo.

- Os/As candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados e com deficiência concorrerão, concomitantemente, às vagas reservadas e às vagas destinadas à ampla concorrência, de acordo com sua classificação no processo seletivo.

- Os/As candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados e com deficiência aprovados/as dentro do número de vagas oferecido para ampla concorrência, não serão computados/as para efeito do preenchimento das vagas reservadas.
- Em caso de desistência de candidato/a negro/a, indígena, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados ou com deficiência aprovados/as em vaga reservada, a vaga será preenchida pelo/a candidato/a negro/a, indígena, Pessoa Trans (Transgênero, Transexuais e Travestis), refugiada, assentada ou com deficiência, posteriormente classificado/a.
- Na hipótese de não haver candidatos/as negros/as (pretos/as e pardos/as), indígenas, Pessoas Trans (Transgêneros, Transexuais e Travestis), refugiados, assentados e com deficiência aprovados/as em número suficiente para ocupar as vagas reservadas, as vagas remanescentes serão revertidas para a ampla concorrência e serão preenchidas pelos/as demais candidatos aprovados/as, observada a ordem de classificação.
- Os procedimentos para verificação, do/a candidato/a que se autodeclarou negro/a, indígena ou pessoa Trans será realizado pelo Comitê para Diversidade, Heteroidentificação e Etnicidade (CDHE), de acordo com a Resolução nº38/2021- CONSUNI/UFAL.
- Os procedimentos para verificação dos candidatos a vagas destinadas à pessoa com deficiência (PCD) obedecerão aos termos da Resolução nº. 19/2021-CONSUNI/UFAL.
- Em cada fase do processo seletivo, a nota de corte para os/as candidatos/as optantes pela reserva de vagas será de 10% a menos da nota de corte dos/as não optantes.
- Os procedimentos e cronograma das bancas de heteroidentificação, de pessoas com deficiência e pessoas Trans, serão divulgados na página do PROFSAUDE/UFAL: <https://famed.ufal.br/pt-br/pos-graduacao/mestrado-profissional-em-saude-da-familia/selecao/aluno-regular/2025-2026>

ANEXO I

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (NEGRO/A) – UFAL

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFAL do ano de 2025, para o 2º período letivo de 2026, declaro para fins de inscrição que concorro à reserva de vagas para negro/a e sou portador/a de diploma de curso superior. Autodeclaro-me _____ [Preto(a)/Pardo(a)] e estou ciente de que serei submetido/a ao procedimento de verificação da condição declarada para concorrer às vagas reservadas aos/às candidatos/as negros/as (cotas), obrigatoriamente antes da homologação do resultado final do concurso, de acordo com a Resolução nº 82/2022 – CONSUNI/UFAL. Declaro, ainda, estar ciente que, caso haja indeferimento da autodeclaração, serei eliminado/a do processo seletivo para cotista. Outrossim, se constatada a qualquer tempo a falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de matrícula quanto às informações aqui prestadas, a matrícula será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

_____, ____ de _____ de 20 _____.
(Signatures)

Assinatura do/a candidato/a

ANEXO II

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO-RACIAL (NEGRO/A: QUILOMBOLA) - UFAL

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFAL do ano de 2025, para o 2º período letivo de 2026, declaro para fins de inscrição que concorro à reserva de vagas para negro/a, posso diploma de curso superior, sou do segmento social _____

, morador/a da Comunidade Remanescente de Quilombo _____, localizada no _____, cujo/a endereço ,

Coordenador/a/Presidente da Associação de Moradores é o/a senhor/a _____, RG nº _____.

Autodeclaro-me _____ [Preto(a)/Pardo(a)] e estou ciente de que serei submetido/a ao procedimento de verificação da condição declarada para concorrer às vagas reservadas aos/as candidatos/as negros/as (cotas), obrigatoriamente antes da homologação do resultado final do concurso, de acordo com a Resolução no 82/2022 – CONSUNI/UFAL. Declaro, ainda, estar ciente que, caso haja indeferimento da autodeclaração, serei eliminado/a do processo seletivo para cotista. Outrossim, se constatada a qualquer tempo a falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de matrícula quanto às informações aqui prestadas, a matrícula será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

_____, ____ de _____ de 20_____.

Assinatura do/a candidato/a

ANEXO III

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO - INDÍGENA– UFAL

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, inscrito/a de acordo com o critério do programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFAL do ano de 2025, para o 2º período letivo de 2026, declaro para fins de inscrição que sou portador/a de diploma de curso superior e concorro à reserva de vagas para indígena, de acordo com a Resolução no 82/2022 – CONSUNI/UFAL. Sou do segmento social

_____, do grupo indígena _____, localizado no endereço _____, cuja liderança indígena é _____. Declaro, ainda, estar ciente que, caso seja constatada a qualquer tempo a falsidade ou a irregularidade na documentação entregue no ato de inscrição, quanto às informações aqui prestadas, serei eliminado/a do processo seletivo para cotista. Caso seja no ato de matrícula, esta será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras medidas cabíveis.

_____, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do/a candidato/a

ANEXO IV

TERMO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD) – UFAL

Eu, _____, RG _____,
nº _____ CPF nº _____, inscrito/a de acordo com o critério do
programa de cotas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da
Família – PROFSAUDE/UFAL do ano de 2025, para o 2º período letivo de 2026, declaro para fins
de inscrição que concorro à reserva de vagas para Pessoa com Deficiência (PcD), possuo diploma de
curso superior, sou do segmento social _____, possuo a deficiência
_____, CID _____, atestada pelo/a
médico/a _____, CRM _____. Essa condição, em
interação com diferentes barreiras, produzem as seguintes limitações em atividades relacionadas à
vida acadêmica

Estou ciente de que essa documentação será submetida à banca de verificação interdisciplinar
coordenada pelo Núcleo de Acessibilidade (NAC) desta instituição, de acordo com a Resolução nº
82/2022 – CONSUNI/UFAL. Declaro, ainda, estar ciente de que, caso seja constatada a qualquer
tempo a falsidade ou irregularidade na documentação entregue no ato de inscrição, quanto às
informações aqui prestadas, serei eliminado do processo seletivo para cotista. Caso seja no ato de
matrícula, esta será cancelada em definitivo, com a perda da respectiva vaga, sem o prejuízo de outras
medidas cabíveis.

_____, ____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do/a candidato/a

ANEXO V

MODELO DE LAUDO MÉDICO - PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Nome		CPF
CID:	Origem da deficiência: <input type="radio"/> Acidente de Trabalho <input type="radio"/> Acidente comum <input type="radio"/> Congênita <input type="radio"/> Adquirida em pós-operatório <input type="radio"/> Doença	
Descrição detalhada das alterações físicas (anatômicas e funcionais), sensoriais, intelectuais e mentais		
:		
Descrição das limitações funcionais para atividades da vida diária e social e dos apoios necessários		

ENQUADRAMENTO DA DEFICIÊNCIA

Nos termos do art. 4º do Decreto Nº 3.298, de 1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004

<p>A - Deficiência Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de:</p> <p><input type="checkbox"/> paraplegia <input type="checkbox"/> paraparesia <input type="checkbox"/> monoplegia <input type="checkbox"/> monoparesia <input type="checkbox"/> tetraplegia <input type="checkbox"/> tetraparesia <input type="checkbox"/> triplegia <input type="checkbox"/> triparesia <input type="checkbox"/> hemiplegia <input type="checkbox"/> hemiparesia <input type="checkbox"/> ostomia <input type="checkbox"/> amputação ou ausência de membro <input type="checkbox"/> paralisia cerebral <input type="checkbox"/> nanismo (altura:____) <input type="checkbox"/> membros com deformidade congênita ou adquirida <input type="checkbox"/> outras - especificar: _____</p>	<p>D 2 - Deficiência Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Psicossocial – conforme Convenção ONU – Esquizofrenia, Transtornos psicóticos e outras limitações psicossociais que impedem a plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (Informar no campo descritivo se há outras doenças, data de inicio das manifestações e citar as limitações para habilidades adaptativas).</p> <p><i>Obs.: Anexar Laudo Médico</i></p> <p>E - Deficiência Intelectual – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:</p> <p><input type="checkbox"/> Comunicação <input type="checkbox"/> Cuidado pessoal</p>
---	--

<p>B - Deficiência Visual</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="radio"/> baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; <input type="radio"/> somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condiçõesanteriores. <p><i>Obs: Anexar Laudo Oftalmológico, com acuidade visual, pela tabela de Snellen, com a melhor correção</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Habilidades sociais <input type="radio"/> Utilização dos recursos da comunidade <input type="radio"/> Saúde e segurança <input type="radio"/> Habilidades acadêmicas <input type="radio"/> Lazer <input type="radio"/> Trabalho <p>Idade de inicio: _____</p> <p><i>Obs.: Anexar Laudo Médico</i></p>
---	--

<p><i>óptica ou somatório do campo visual em graus.</i></p> <p>C - Deficiência Auditiva</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz. <p><i>Obs: Anexar Audiograma</i></p> <p>D 1 - Deficiência Mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Lei 12764/2012 – Espectro Autista <p><i>Obs: Anexar Laudo Médico</i></p>	<p>F - Visão Monocular</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> em atendimento a Lei nº 14.126/2021 e conforme Parecer CONJUR/MTE 444/2011: cegueira legal em um olho,na qual a acuidade visual com a melhor correção óptica é igual ou menor que 0,05 (20/400) (ou cegueira declarada por oftalmologista). <p><i>Obs.: Anexar Laudo Oftalmológico</i></p>
G - Deficiência múltipla	
<input type="radio"/> Associação de duas ou mais deficiências (assinalar cada uma acima)	

_____/_____._____._____/_____
 Cidade UF dia mês ano Assinatura e carimbo + CRM do médico

ANEXO VI

REQUERIMENTO PARA CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A REALIZAÇÃO DA PROVA

Nome Completo: _____

CPF: _____ RG: _____

Eu, candidato (a) acima qualificado (a), inscrito (a) no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFAL do ano de 2025, para o 2º período letivo de 2026, da Universidade Federal de Alagoas, venho requerer condição diferenciada para realizar as Provas do referido Processo, de acordo com o especificado no referido Edital. Para isso, anexo documento comprobatório da necessidade de atendimento diferenciado (Laudo Médico com a especificação do tipo de necessidade e/ou deficiência do qual sou portador/a ou outro documento que comprove o tipo de recurso solicitado).

Para tanto, identifico abaixo o tipo de recurso necessário para o dia da prova:

1. NECESSIDADES FÍSICAS

- mesa para cadeiras de rodas
- mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco)
- mesa e cadeiras separadas (obesidade)
- mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)
- sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras)
- sala térrea (dificuldade de locomoção)

2. NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)

- auxílio na leitura da prova (ledor)
- prova superampliada (fonte tamanho 22)

3. NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)

- intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)
- uso de aparelho auditivo

4. AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- da folha de respostas da prova escrita (dificuldade/impossibilidade de escrever)

5. AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA E PREENCHIMENTO DA PROVA ESCRITA

- tetraplegia

6. AMAMENTAÇÃO

- sala para amamentação

7. OUTRAS NECESSIDADES NÃO ESPECIFICADAS ACIMA.

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas Edital nº 01/2025 - PROFSAUDE/UFAL – Turma 6.

_____ de _____ de 20 _____

Assinatura do(a) Candidato(a)

ANEXO VII

AUTODECLARAÇÃO COMO TRANSEXUAL OU TRAVESTI

Declaro, para os devidos fins, que eu, (NOME SOCIAL) ou (NOME CIVIL), (NACIONALIDADE), (PROFISSÃO), residente no (ENDERECO COMPLETO), (CPF), sou (TRANSEXUAL/TRAVESTI). Declaro estar ciente que, se for verificada a não veracidade de quaisquer informações prestadas nesta autodeclaração, estarei sujeito(a) à perda da vaga e a qualquer tempo a penalidades legais (administrativas e penais).

Assinatura do(a) candidato(a): _____

Nome: Local e data: _____

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO COMO TRANSEXUAL E TRAVESTI

Declaramos que o/a candidato/a _____, (TRANSEXUAL ou TRAVESTI), faz parte da comunidade/rede/coletividade transexual e travesti e reside no seguinte local: _____ Endereço:

Município: _____ Estado: _____ País: _____

Declaramos ainda estarmos cientes de que as informações aqui prestadas são de nossa inteira responsabilidade e que no caso de declaração falsa ou de informações inverídicas, implicará no indeferimento da inscrição do/a candidato/a e que também estaremos sujeitos/as a qualquer tempo a penalidades legais (administrativas e penais).

Assinatura da/o responsável

Nome, RG e Assinatura da Testemunha Trans

Nome, RG e Assinatura da Testemunha Trans

Nome, RG e Assinatura da Testemunha Trans

Local/Data: _____

ANEXO VIII

DECLARAÇÃO DE RENDA FAMILIAR

Eu, _____, portador/a do CPF nº _____ e RG/RNE nº. _____, declaro, sob as penas da lei e para fins de comprovação junto ao Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFAL do ano de 2025, para o 2º período letivo de 2026, que meu núcleo familiar possui renda mensal igual ou inferior a 1,5 (um e meio) salário mínimo per capita, sendo assim discriminada:

NOME	PARENTESCO	OCUPAÇÃO	RENDAS
		TOTAL	

Declaro, ainda, que estou ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito às sanções prescritas no Código Penal* e às demais cominações legais aplicáveis.

Por ser a expressão da verdade, subscrevo.

Local: _____ **Data:** ____ / ____ / ____

Assinatura do Candidato/a

*O Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 – Código Penal – Falsidade ideológica Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.