



AÇÕES AFIRMATIVAS

1. Documentação específica para vagas reservadas a Ações Afirmativas:

1.1: Pessoas com deficiência (PcD):

1.1.1. Exame médico específico que comprove a condição da deficiência do(a) candidato(a) com data de realização não superior a 24 (vinte e quatro) meses da publicação deste edital; e

1.1.2. Laudo médico, com a identificação completa do(a) candidato(a). O laudo médico não deverá possuir data de emissão superior a 24 (vinte e quatro) meses da publicação deste edital. No laudo médico deverão constar, obrigatoriamente, a assinatura e o carimbo com o número do registro profissional no Conselho Regional de Medicina (CRM), e o número do Registro de Qualificação de Especialista (RQE). O laudo médico deverá ser, obrigatoriamente, emitido por médico especialista no segmento, com registro de qualificação de especialista (RQE) no órgão competente. Não serão aceitos laudos e exames enviados de forma incompleta, ilegível ou rasurada, ou em desconformidade com este Edital. No caso de candidato com transtorno do espectro autista (TEA) ou deficiência mental, deverá ser enviado o exame neuropsicológico ou relatório multidisciplinar emitido por serviço especializado do Sistema Único de Saúde (SUS), assinado por pelo menos três profissionais da área da saúde, com data de emissão não superior a 24 (vinte e quatro) meses da publicação deste edital. No laudo médico deve constar expressa referência ao Código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme a natureza da deficiência. No laudo médico deverão constar a descrição detalhada das alterações caracterizadoras da deficiência (físicas, anatômicas, funcionais, sensoriais, intelectuais e/ou mentais) e do histórico evolutivo e do prognóstico das limitações funcionais para atividades da vida diária, social, educacional e dos apoios necessários para estas atividades.

1.2: Pessoas negras (pretas e pardas):

1.2.1. Autodeclaração racial, anexada conforme modelo definido pela Instituição de Ensino Superior (IES) no edital.

1.3: Pessoas indígenas:

1.3.1. Declaração da respectiva comunidade indígena, assinada por 02 (duas) lideranças, em que se ateste o reconhecimento étnico-indígena declarado pelo candidato, conforme modelo definido pela Instituição de Ensino Superior (IES) no edital;

1.3.2. Em caráter complementar (não obrigatório): Registro Administrativo de Nascimento de Indígena (RANI); ou Registro de Casamento de Índio (RACI); ou Carteira de Identidade (RG) com identificação étnica; ou Certidão de Registro Civil de Nascimento com identificação étnica; ou Memorial descritivo, narrando sua trajetória e laços socioculturais com o povo indígena e o motivo pelo qual está pleiteando a vaga para indígena.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

1.4: Pessoas quilombolas:

1.4.1. Declaração da respectiva comunidade quilombola, assinada por liderança ou organização quilombola, em que se ateste sua vinculação a comunidade quilombola, conforme modelo definido pela Instituição de Ensino Superior (IES) no edital.

1.5: Pessoas trans:

1.5.1. Autodeclaração de identidade trans, anexada conforme modelo definido pela Instituição de Ensino Superior (IES) no edital.

2. Documentação específica para vaga de servidor(a) efetivo(a) da UFMA:

2.1) Declaração funcional atualizada emitida no SIGRH.

2.2) Documentos específicos que comprovem tempo de atuação profissional, se for o caso.

DOS CRITÉRIOS E DA AFERIÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO E DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO EM CATEGORIA DE AÇÕES AFIRMATIVAS

- Respeitada a dignidade da pessoa humana, a autodeclaração das pessoas aprovadas em categoria de Ações Afirmativas será aferida mediante os seguintes critérios e procedimentos, em datas indicadas no cronograma deste Edital:

1) Pessoas com deficiência (PcD):

A avaliação médica da condição da pessoa com deficiência (PcD) observará o disposto na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949/2009; na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015, e na legislação federal pertinente em vigor e suas atualizações.

A avaliação ser federal pertinente em vigor e suas atualizações, que instituída no âmbito da UFMA emitirá parecer motivado sobre a documentação enviada no ato da inscrição, conforme o item 5 do edital, homologando ou não homologando a autodeclaração.

Em caso de não homologação da autodeclaração, será oportunizado o contraditório e a ampla defesa, por interposição de recurso, no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir do dia subsequente ao da divulgação do resultado da avaliação.

Para efeito deste Edital, considera-se:

I) Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II) Deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III) Incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a

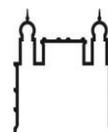
Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFMA

Departamento de Medicina I - CCBS/UFMA

Praça Gonçalves Dias, 21 - Centro, São Luís - MA, 65020-240

Fone: (98) 3272-9611 – Site: www.ufma.br

E-mail: profsaude@ufma.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Mestrado Profissional em Saúde da Família

pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

É considerada pessoa com deficiência aquela que se enquadra nas seguintes categorias:

I) Deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarrete o comprometimento da função física, sob a forma de: a) paraplegia; b) paraparesia; c) monoplegia; d) monoparesia; e) tetraplegia; f) tetraparesia; g) triplegia; h) triparesia; i) hemiplegia; j) hemiparesia; k) ostomia; l) amputação ou ausência de membro; m) paralisia cerebral; n) nanismo; ou o) membros com deformidade congênita ou adquirida (Redação dada pelo Decreto nº 11.063/2022);

II) Deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de 41 dB (quarenta e um decibéis) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz (quinhentos hertz), 1.000 Hz (mil hertz), 2.000 Hz (dois mil hertz) e 3.000 Hz (três mil hertz) (Redação dada pelo Decreto nº 11.063/2022);

III) Deficiência visual - a) cegueira, na qual a acuidade visual seja igual ou menor que cinco centésimos no melhor olho, com a melhor correção óptica; b) baixa visão, na qual a acuidade visual esteja entre três décimos e cinco centésimos no melhor olho, com a melhor correção óptica; c) casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos seja igual ou menor que sessenta graus; ou d) ocorrência simultânea de quaisquer das condições previstas nas alíneas “a”, “b” e “c” (Redação dada pelo Decreto nº 11.063/2022);

IV) Deficiência sensorial do tipo visual – visão monocular. (Lei nº 14.126/2021).

V) Deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: a) comunicação; b) cuidado pessoal; c) habilidades sociais; d) utilização dos recursos da comunidade; e) saúde e segurança; f) habilidades acadêmicas; g) lazer; e h) trabalho (Redação dada pelo Decreto nº 11.063/2022).

VI) Transtorno do espectro autista –TEA. (Lei nº 12.764/2012).

VII) Deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Para efeito de ocupação de vaga reservada para pessoa com deficiência não serão consideradas como deficiência as deformidades estéticas, perda auditiva unilateral, distúrbios de aprendizagem, doenças psiquiátricas ou outras doenças transitórias que não se configuram como deficiência na forma prevista em lei.

2) Pessoas negras:

Procedimento de heteroidentificação, realizado por comissão constituída especificamente para este fim, mediante análise de autodeclaração enviada no ato de inscrição conforme o item 5 deste edital, e vídeo enviado em data indicada no cronograma deste Edital (Anexo IX), com as seguintes especificações:

a) arquivo de vídeo em formato MP4, MPEG-4, MOV ou Apple Quicktime com, no máximo, 30MB (trinta megabytes) de tamanho, anexado por meio de pasta compartilhada (Google Drive ou Dropbox), com permissão de acesso, para o email:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

profsaude@ufma.br b) conteúdo: apresentação individual da pessoa candidata, recente, frontal, com boa resolução, em fundo claro, sem filtros de edição, sem uso de maquiagem, sem óculos, lenço, boné ou qualquer outro adereço facial, em que deve declarar seu nome completo, o nome do Programa de Pós-Graduação e uma breve descrição fenotípica com os motivos para a sua autodeclaração racial.

A comissão utilizará exclusivamente o critério fenotípico para aferição da condição autodeclarada, isto é, o conjunto das características físicas predominantes que, combinadas ou não, permitam que o candidato seja socialmente reconhecido, ou não, como sendo uma pessoa negra. Não serão utilizados pela comissão de heteroidentificação quaisquer outros critérios que não sejam fenotípicos, inclusive considerações sobre a ascendência (parentesco).

Os membros da Comissão de heteroidentificação farão a análise dos documentos comprobatórios (declaração e vídeo) apresentados e emitirão o parecer final, motivado e deliberado por maioria simples dos votos do grupo, homologando ou não homologando a autodeclaração. Em caso de não homologação da autodeclaração, será oportunizado o contraditório e a ampla defesa, por interposição de recurso, no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir do dia subsequente ao da divulgação do resultado da avaliação.

Caso a documentação não seja enviada na forma e prazo indicados, ou caso a autodeclaração não seja homologada, o(a) candidato(a) será desclassificado(a) na lista de vagas reservadas a pessoas negras (mantendo-se sua aprovação na lista de ampla concorrência), e a vaga reservada será ocupada pela próxima pessoa aprovada nas vagas de ações afirmativas com autodeclaração homologada. O indeferimento da autodeclaração não se configura em ato discriminatório de qualquer natureza, representando, tão somente, o não atendimento do critério fenotípico para este processo seletivo.

3) Pessoas indígenas e quilombolas:

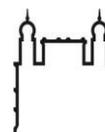
Procedimento de aferição, realizado por comissão constituída especificamente para este fim, mediante análise dos documentos de pertencimento apresentados no ato de inscrição conforme item 5 deste edital.

Em caso de indeferimento dos documentos de pertencimento em parecer motivado, deliberado por maioria dos membros da comissão, será oportunizado o contraditório e a ampla defesa, por interposição de recurso, no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir do dia subsequente ao da divulgação do resultado da avaliação.

A não apresentação ou o indeferimento do documento de pertencimento ensejarão a desclassificação do(a) candidato(a) na lista de vagas reservadas a pessoas indígenas ou quilombolas (mantendo-se sua classificação na lista de ampla concorrência), e a vaga reservada será ocupada pela próxima pessoa aprovada nas vagas de ações afirmativas com autodeclaração homologada.

Modelo de anexos está na próxima página

Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFMA
Departamento de Medicina I - CCBS/UFMA
Praça Gonçalves Dias, 21 - Centro, São Luís - MA, 65020-240
Fone: (98) 3272-9611 – Site: www.ufma.br
E-mail: profsaude@ufma.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO RACIAL PARA PRETOS OU PARDOS

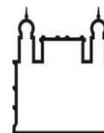
Eu, _____,
portador do Documento de Identidade (R.G) nº _____ e C.P.F. nº _____,
DECLARO, para fins do cumprimento da exigências do Processo Seletivo ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família/PROFSAÚDE, pólo UFMA, no qual estou concorrendo a uma vaga reservada para estudante preto ou pardo, na forma da Lei, que me identifico como uma pessoa negra: () preta () parda; pelos motivos expostos abaixo:

DECLARO que as informações aqui prestadas são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que em caso de declaração falsa estarei sujeito ao desligamento do curso. DECLARO estar de acordo com a publicação da minha opção pelas vagas destinadas a estudantes pretos ou pardos no âmbito da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). DECLARO que em caso de falsidade desta declaração, estou ciente de que incorrerei no art. nº 299, do Código Penal (crime de falsidade ideológica), que consiste em: “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”. DECLARO estar ciente de que esta autodeclaração deverá ser homologada pela Comissão de heteroidentificação racial como um dos requisitos obrigatórios para minha matrícula, nos termos do Art. 9º da Portaria Normativa MPOG nº 04, de 6 de abril de 2018. DECLARO, ainda, estar ciente de que o processo de validação da minha autodeclaração étnico-racial tomará por base a referência do meu fenótipo de pessoa negra de cor (preta ou parda), e que o critério a ser adotado pela Comissão será a análise do conjunto das minhas características físicas, predominantemente, a cor da pele, acrescida da observância da textura dos cabelos, da formação do nariz, da boca, entre outros, que combinados ou não, permitam que eu seja socialmente reconhecido/a, ou não, como sendo uma pessoa negra, sendo excluído o fator fenótipo dos meus parentes, razão pela qual não será considerada, sob nenhuma hipótese, a minha ascendência. AUTORIZO o uso da minha imagem pela UFMA.

Local e data,

Assinatura do candidato

Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFMA
Departamento de Medicina I - CCBS/UFMA
Praça Gonçalves Dias, 21 - Centro, São Luís - MA, 65020-240
Fone: (98) 3272-9611 – Site: www.ufma.br
E-mail: profsaude@ufma.br



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO DA COMUNIDADE INDÍGENA

Nós, abaixo-assinados, Aldeia Indígena _____
certificada pela FUNAI, Processo nº _____, com
fins específicos de atender ao item 5 do edital, que trata das exigências para Ingresso de
Estudantes Indígenas no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em
Saúde da Família/PROFSAÚDE, DECLARAMOS que
_____, CPF
_____, R G _____ é
MEMBRO PERTENCENTE a esta Comunidade INDÍGENA, situada no(s)
Município(s) de _____, Estado do
_____. Estamos ciente de que, se for detectada inveracidade
na declaração, o estudante estará sujeito às penalidades previstas em Lei. Declaramos
ainda que somos lideranças reconhecidas pela comunidade indígena, a qual pertence o
estudante solicitante.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração:

Local e data,

1 – Cacique da Comunidade: _____

CPF _____,

Endereço: _____

Telefones para contato: () _____

Assinatura _____

2 – Liderança da Comunidade: _____

CPF _____,

Endereço: _____

Telefones para contato: () _____

Assinatura _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

MODELO DE DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO QUILOMBOLA

Nós, abaixo-assinados, residentes na Comunidade Quilombola _____, situada no Município de _____, Estado do _____, CEP _____, com fins específicos de atender ao item 5 deste edital, que trata das exigências para Ingresso de Estudantes Quilombolas no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família/PROFSAÚDE, DECLARAMOS que _____ CPF _____, RG _____, Nascido em _____, é QUILOMBOLA, nascido e residente na Comunidade Quilombola _____, mantendo laços familiares, econômicos, sociais e culturais com a referida comunidade.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração:

Local e data,

1 – Liderança 1: _____

CPF _____, RG _____

Endereço: _____

Telefones para contato: (____) _____

Assinatura _____

2 – Liderança 2: _____

CPF _____, RG _____

Endereço: _____

Telefones para contato: (____) _____

Assinatura _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

MODELO DE AUTODECLARAÇÃO DE IDENTIDADE TRANS (TRAVESTI, TRANSEXUAL OU TRANSGÊNERO)

Eu _____, RG _____, CPF _____, declaro minha identidade trans (travesti, transexual ou transgênero), com o fim específico de atender aos critérios estipulados neste edital do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/PROFSAÚDE, pólo UFMA. Declaro ainda estar ciente que, se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeita/o ao indeferimento da inscrição, ou, se matriculada/o, ao cancelamento da matrícula, e às penalidades previstas em lei. Afirmo ainda que o nome utilizado no preenchimento acima e também na ficha de inscrição é aquele que deve ser utilizado, mesmo que seja distinto de meu registro civil, vedando o uso de outra identificação.

Local e data,

Assinatura do (a) declarante