



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG FACULDADE DE MEDICINA  
– FAMED PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – PPGSP

## CHAMADA INTERNA PPGSP/FURG Nº 01/2026

### EDITAL INTERNO DE SELEÇÃO DE BOLSISTA DE MESTRADO PPGSP 01/2026

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) torna público o edital interno para manutenção e concessão de bolsas de mestrado (cota CAPES/DS), conforme a Normativa Interna PPGSP Nº 02/2023.

#### 1. PÚBLICO-ALVO

Discentes regularmente matriculados ou ingressantes no PPGSP em 2026 com dedicação integral ao programa.

#### 2. ETAPA I: MANUTENÇÃO E RENOVAÇÃO

2.1. Farão jus à renovação da bolsa os discentes que **já são bolsistas** e que se mantêm no **Nível de Prioridade 1** (inexistência de vínculo remunerado).

2.2. Para formalizar a manutenção, estes discentes devem entregar a autodeclaração devidamente assinada.

#### 3. ETAPA II: INSCRIÇÃO PARA BOLSAS REMANESCENTES

3.1. As bolsas não ocupadas na Etapa I serão distribuídas entre os novos inscritos, observando-se a seguinte ordem de prioridade a partir da autodeclaração do ANEXO I e preenchimento do formulário online:

- **Prioridade A (Grupo 1):** Discentes **sem atividade** remunerada.
- **Prioridade B (Grupo 2):** Discentes **com atividade** remunerada
- **Crterios de Classificação:** A distribuição seguirá a ordem decrescente de prioridade estabelecida no Art. 2º da referida Normativa:
  1. Beneficiários de ações afirmativas; deverão preencher os documentos pertinentes nos ANEXOS 2-5.



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

2. Discentes em situação de vulnerabilidade socioeconômica comprovada por meio de autodeclaração de rendimentos, conforme modelo da PROPESP; (ANEXO 6)
3. Docentes e profissionais da educação básica (municipal ou estadual);
4. Profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS);
5. Professores substitutos ou temporários do ensino superior;
6. Profissionais com menor rendimento mensal bruto;
7. Profissionais com menor carga horária laboral (maior disponibilidade acadêmica).

3.2. **Regra do Teto:** Discentes com rendimento líquido igual ou superior ao dobro da bolsa CAPES serão deslocados para o final da lista de prioridades.

## 4. DAS INSCRIÇÕES E DOCUMENTAÇÃO (VIA FORMULÁRIO ONLINE)

4.1. As inscrições ocorrerão de **23 a 27 de março de 2026**, exclusivamente via formulário eletrônico oficial. Exclusivamente pelo site [www.siposg.furg.br](http://www.siposg.furg.br).

4.2. Documentos obrigatórios para upload no formulário:

a) **ANEXO 1 DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO E RENDIMENTOS:** Obrigatório para todos os candidatos

b) **Currículo Lattes atualizado (PDF) e documentado:** Obrigatório para todos os candidatos da Etapa II (critério de desempate);

c) **ANEXO 2-5 (Ações Afirmativas):** Obrigatório apenas para Beneficiários de ações afirmativas

d) **ANEXO 6 (Declaração de Renda Familiar):** Obrigatório apenas para quem declarar situação de vulnerabilidade socioeconômica.

**5. CRITÉRIOS DE DESEMPATE** Em caso de igualdade na classificação, a Comissão de Bolsas adotará os seguintes critérios:

I. Maior pontuação na análise do Currículo Lattes atualizado;

1. **PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA** (Peso 6,0). A pontuação será calculada com base na produção dos últimos 02 anos (2024-2026), seguindo os pesos abaixo:

- Artigo completo publicado em periódico indexado (Qualis A1 a A4): 10,0 pontos por artigo.
- Artigo completo publicado em periódico indexado (Qualis B1 a B4): 5,0 pontos por artigo.



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

- Livro autoral ou organizador (com ISBN): 8,0 pontos por obra.
- Capítulo de livro (com ISBN): 3,0 pontos por capítulo.
- Resumo expandido em anais de congressos: 1,0 ponto (máximo 5,0).
- Resumo simples em anais de congressos: 0,5 ponto (máximo 3,0).

## 2. PRODUÇÃO TÉCNICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL (Peso 3,0)

- Experiência profissional na área da Saúde (SUS ou Gestão): 2,0 pontos por ano completo (máximo 6,0).
- Participação em Projetos de Pesquisa ou Extensão (registrados): 1,0 ponto por projeto/ano.
- Desenvolvimento de software, aplicativo ou material técnico-educativo na área da saúde: 3,0 pontos por produto.
- Relatório técnico para gestão de saúde: 2,0 pontos por documento.

## 3. FORMAÇÃO E OUTROS (Peso 1,0)

- Especialização (Latu Sensu) concluída na área da Saúde: 5,0 pontos.
- Monitoria acadêmica ou Iniciação Científica (comprovada): 1,0 ponto por semestre (máximo 4,0).
- Prêmios ou distinções acadêmicas: 1,0 ponto por título.

II. Maior nota na Arguição de Pesquisa/Entrevista de ingresso;

III. Maior nota na avaliação do Projeto de Pesquisa ou Carta de Intenções de ingresso.

## 6. CRONOGRAMA

- **Lançamento do Edital:** 23/03/2026
- **Período de Inscrições Online:** 23/03 a 27/03/2026
- **Divulgação do Resultado:** 30/03/2026 nos endereços eletrônicos [www.siposg.furg.br](http://www.siposg.furg.br) e <https://ppgsp.furg.br>.
- **Recursos:** Os candidatos terão o prazo de 24 horas para solicitar recurso via sistema Siposg ([www.siposg.furg.br](http://www.siposg.furg.br)), após a divulgação do resultado preliminar
- **Resultado Definitivo:** 01/04/2026

## 7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. A efetivação da inscrição implica, obrigatoriamente, a aceitação das normas e instruções do processo de seleção contidas neste edital.



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

7.2. Caso haja vacância de outras cotas de bolsa, os candidatos não contemplados neste edital poderão ser selecionados de acordo com a ordem final de classificação;

7.3. Será dada prioridade à implementação das bolsas reservadas às ações afirmativas;

7.4. Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Seleção juntamente com a Coordenação da Pós-Graduação em Saúde Pública - FURG.

**Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti**

Coordenador do PPGSP/FURG

## **Comissão de Bolsas**

CHRISTIAN LORET DE MOLA - Representante Docente;

CAROLINA DE VARGAS NUNES COLL - Representante Docente;

RODRIGO DALKE MEUCCI - Representante Docente;

MICHAEL PEREIRA DA SILVA - Representante Docente; e

PAMELA PIRES DE OLIVEIRA - Representante Discente.



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

## ANEXO 1

### DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO E RENDIMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_,  
regularmente matriculado(a) no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP/FURG)  
sob o número de matrícula \_\_\_\_\_, declaro estar ciente das disposições da **Portaria  
CAPES nº 133/2023** e da **Normativa Interna PPGSP nº 2/2023**, que regulamentam o acúmulo  
de bolsas com atividades remuneradas.

Em observância ao processo de distribuição e manutenção de bolsas de estudo, respondo ao que  
segue:

- 1. Possui vínculo empregatício ou exerce atividade remunerada de qualquer natureza?**  
 NÃO  SIM
- 2. Caso tenha respondido "SIM", o valor mensal líquido recebido por esta atividade é  
igual ou superior ao dobro do valor da bolsa de mestrado/doutorado vigente?**  
 NÃO  SIM

Declaro, sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras. Comprometo-me a  
informar imediatamente à Coordenação do PPGSP qualquer alteração em minha situação  
empregatícia ou de rendimentos durante a vigência da bolsa.

Rio Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

**Assinatura do Discente**



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

## ANEXO 2. MODELO DE DECLARAÇÃO DA COMUNIDADE INDÍGENA

Nós, abaixo-assinados, Aldeia Indígena certificada pela FUNAI, Processo nº \_\_\_\_\_, para fins específicos de atender ao item do EDITAL DE SELEÇÃO 03/2022 para o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, declaramos que:

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_  
**RG:** \_\_\_\_\_

é **MEMBRO PERTENCENTE** a esta Comunidade **INDÍGENA**, situada no(s) Município(s) de \_\_\_\_\_, no Estado \_\_\_\_\_.

Estamos cientes de que, se for detectada inveracidade na declaração, o estudante estará sujeito às penalidades previstas em Lei e no item do referido edital.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração: \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_. (Local e data)

**1 – Cacique da Comunidade:** \_\_\_\_\_ (Nome por extenso)

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

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefones para contato:** \_\_\_\_\_

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

**2 – Liderança da Comunidade:** \_\_\_\_\_ (Nome por extenso)

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

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



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

## ANEXO 3. MODELO DE DECLARAÇÃO DA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Nós, abaixo-assinados, Comunidade Quilombola \_\_\_\_\_ certificada pela Fundação Palmares, Processo nº \_\_\_\_\_, para fins específicos de atender ao item \_\_\_\_\_ do EDITAL DE SELEÇÃO 03/2022 para o ingresso no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (PPGSP) – Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, declaramos que:

**Nome:** \_\_\_\_\_

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

é **MEMBRO PERTENCENTE** a esta Comunidade **QUILOMBOLA**, situada no(s) Município(s) de \_\_\_\_\_, no Estado \_\_\_\_\_.

Estamos cientes de que, se for detectada inveracidade na declaração, o estudante estará sujeito às penalidades previstas em Lei e no item do referido edital.

Por ser verdade, assinamos a presente declaração:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

**1 – Presidente da Comunidade:**

\_\_\_\_\_ (Nome por extenso)

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

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefones para contato: ( )** \_\_\_\_\_

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

**2 – Liderança da Comunidade:**

\_\_\_\_\_ (Nome por extenso)

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

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefones para contato: ( )** \_\_\_\_\_



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE PÚBLICA**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

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

**3 – Liderança da  
Comunidade:** \_\_\_\_\_ (Nome por  
extenso)

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

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefones para contato: ( )** \_\_\_\_\_

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



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

## Anexo 4. Modelo de Autodeclaração de identidade transgênero

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_,  
portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, emitido em \_\_/\_\_/\_\_\_\_,  
candidato à vaga do curso \_\_\_\_\_, para fins específicos de  
atender ao item \_\_\_\_\_ do EDITAL DE SELEÇÃO \_\_\_\_\_, declaro minha identidade  
transgênero (travesti ou transexual).

Estou ciente de que prestar informações falsas relativas às exigências estabelecidas quanto à autodeclaração incorre em, além da penalização prevista em lei, desclassificação do Processo Seletivo e recusa/cancelamento da inscrição e matrícula no curso, o que poderá acontecer a qualquer tempo.

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, a fim de garantir o que estabelece Resolução 11/2022 do CONSUN da Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026.

**Assinatura do candidato**



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

## ANEXO 5 – Modelo de Memorial descritivo de identidade transgênero

**NOME DO CANDIDATO:**

---

*(Não ultrapassar duas páginas – Times New Roman, fonte 11, espaçamento 1,5)*

### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

1. O candidato deve:
  - a) apresentar memorial descritivo (modelo acima), não ultrapassando duas páginas (Times New Roman, fonte 11, espaçamento 1,5);
  - b) anexar o memorial no SIPOSG no momento da inscrição;
  - c) assinar o memorial no momento da verificação pela comissão de heteroidentificação.
2. O memorial descritivo deverá:
  - a) descrever a vivência da transição corporal e/ou social de identidade de gênero, assim entendidas como o conjunto de características que compõem a transexualidade e/ou travestilidade.



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE PÚBLICA**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

**ANEXO 6**

**Declaração de renda dos membros do grupo familiar**

Nome:

Número de matrícula:

Curso (mestrado/doutorado) e Programa de Pós-graduação:

**1. SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA FAMILIAR** (incluindo NOME e dados do estudante e de todas as pessoas do grupo familiar com 18 anos ou mais):

Nome completo	Idade	Parentesco	CPF	Profissão	Situação <sup>1</sup>	Renda bruta

Situação: Carteira de Trabalho Assinada; Funcionário Público Efetivo; Funcionário Público Contratado; Trabalho Informal; Autônomo; Aposentado/Pensionista/Beneficiário INSS; Estagiário; Estudante; Desempregado; Do lar.

**Importante:** A(O) estudante que se declarar financeiramente independente, deverá, para efeito de avaliação socioeconômica, apresentar a comprovação da renda que assegure seu sustento, não sendo considerados os auxílios/benefícios estudantis, bem como apoio de terceiras(os).

**2. BENEFÍCIOS/PROGRAMAS SOCIAIS:**



# PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Sua família ou você recebe algum benefício do governo?

( ) Sim ( ) Não

Qual o benefício sua família ou você recebe? \_\_\_\_\_

Se for em dinheiro, qual o valor? R\$ \_\_\_\_\_

Obs.: Os programas incluídos no Cadastro Único do governo federal são: Programa Auxílio Brasil; Programa Minha Casa, Minha Vida; Bolsa Verde – Programa de Apoio à Conservação Ambiental; Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI; Fomento – Programa de Fomento às Atividades Produtivas Rurais; Passe Livre para pessoas com deficiência; Isenção de Taxas em Concursos Públicos; Carteira do Idoso; Aposentadoria para pessoa de baixa renda; Programa Brasil Carinhoso; Programa de Cisternas; Telefone Popular; Carta Social; Pro Jovem Adolescente; Tarifa Social de Energia Elétrica

( ) DECLARO, sob minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal e que estou ciente de que poderá ser realizado, a qualquer tempo, contato telefônico ou via e-mail, entrevista, visita domiciliar, bem como a solicitação de documentação complementar para melhor conhecimento da situação apresentada.

Assinatura:

Local e data: