## ANEXO II

**Quadro de Atribuição de Pontos para a Análise Curricular**

# (anexar documento comprobatório para cada item a ser pontuado)

Quadro de Atribuição de Pontos para a Avaliação de Títulos. Nível **MESTRADO**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrição** | **Pontuação** | **Valor máximo** | **PONTUAÇÃO DO CANDIDATO** |
| 1. Residência Médica, ou Residência em Área da Saúde ou Curso de Especialização nas áreas de Ciências da Saúde, Ciências da Vida ou áreas afins (mínimo de 360h) | 1,5 pontos para cada programa de residência completo  ou  0,75 ponto por curso de especialização (mínimo de 360h) | 3,0 pontos |  |
| 2. Certificado de conclusão de participação em programas de iniciação científica PIBIC/PIBITI) ou de extensão (PIBEX) | 0,7 ponto por ano completo | 1,4 pontos |  |
| 3. Resumos publicados em anais de congressos | 0,1 ponto por resumo | 1,0 pontos |  |
| 4. Artigos completos publicados | 1, 2 ponto por artigo classificado no extrato A3 ou superior do *Qualis Capes 2017-2020*  ou  1,0 ponto por artigo publicado em revista indexada ao Medline/PubMed  ou  0,5 ponto por artigo publicado em revista indexada aoScielo, LILACS ou ISI | 3,0 pontos |  |
| 5. Monitorias | 0,2 ponto por semestre | 0,6 ponto |  |
| 6. Experiência docente ou preceptoriade residência | 0,5 ponto por ano de experiência comprovada em instituição de ensino superior | 1,0 ponto |  |
| **Nota Final (máximo 10 pontos)** | | 10,0 pontos |  |

# (anexar documento comprobatório para cada item a ser pontuado)

Quadro de Atribuição de Pontos para a Avaliação de Títulos. Nível **DOUTORADO**.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrição** | **Pontuação** | **Valor máximo** | **PONTUAÇÃO DO CANDIDATO** |
| 1. Residência Médica, ou Residência em Área da Saúde ou Curso de Especialização nas áreas de Ciências da Saúde, Ciências da Vida ou áreas afins (mínimo de 360h) | 1,50 pontos para cada programa de residência completo  ou  0,75 ponto por curso de especialização (mínimo de 360h) | 3,0 pontos |  |
| 2. Mestrado em Ciências da vida ou áreas afins | 2,0 ponto por certificado de comprovação oficial | 2,0 ponto |  |
| 3. Certificado de conclusão de participação em programas de iniciação científica (PIBIC/ PIBITI) ou de extensão (PIBEX) | 0,7 ponto por ano completo | 0,7 ponto |  |
| 4. Resumos publicados em anais de congressos | 0,1 pontos por resumo | 0,3 pontos |  |
| 5. Artigos completos publicados | 1,2 ponto por artigo classificado no extrato A3 ou superior do *Qualis Capes 2017-2020*  ou  1,0 ponto por artigo publicado em revista indexada ao Medline/PubMed  ou  0,5 ponto por artigo publicado em revista indexada ao Scielo,  LILACS ou ISI | 3,0 pontos |  |
| 6. Experiência docente ou preceptoria de residência | 0,5 ponto por ano de experiência comprovada em instituição de ensino superior | 1,0 ponto |  |
| **Nota Final (Máximo 10 pontos)** | | 10,0 pontos |  |

## ANEXO III

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS PROCESSO DE SELEÇÃO DE CANDIDATOS – PERÍODO 1/2023**

**- FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO -**

**Para candidata(o) brasileira(o): *(preencher no formulário eletrônico)***

Nível: ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Área de Concentração: ( ) Medicina Candidata(o):

Endereço:

( ) Ciências Aplicadas em Saúde

CEP:

Telefone residencial: ( Data de Nascimento:

Cidade:

)

/ / Estado:

Telefone celular: ( )

RG: Órgão emissor: CPF:

E-mail:

Curso de graduação:

Instituição: Data de conclusão:

**Para candidata(o) estrangeira(o): *(preencher no formulário eletrônico)***

Nível: ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Área de Concentração: ( ) Medicina ( ) Ciências Aplicadas em Saúde Candidato(a):

Data de Nascimento: / / Passaporte:

E-mail:

Curso de graduação:

Instituição: Data de conclusão:

**Para todas(os) as(os) candidatas(os) *(inserir como anexo ao formulário eletrônico)*:**

1. Diploma(s) de graduação em Ciências da Vida ou áreas afins, e se houver, de pós-graduação.
2. Certificado de conclusão ou declaração “a concluir até março de 2023” de Programa de Residência Médica, ou equivalente, para área de Medicina.
3. Histórico(s) Escolar(es), de graduação e, se houver, de pós-graduação ou residência médica.
4. *Curriculum vitae* no formato Lattes certificado pelo autor, atualizado nos últimos 3 meses.
5. Carta indicando: Área de concentração; Linha de Pesquisa; Tema da Pesquisa e Título do projeto do candidato, conforme modelo padrão disponível no Anexo IV.
6. Certificado de proficiência em inglês.
7. Carteira de identidade (brasileiro).
8. CPF (brasileiro).
9. Título de eleitor com último comprovante de votação (brasileiro).
10. Certificado militar (quando pertinente) (brasileiro).
11. Passaporte (estrangeiro).
12. Foto 3x4 recente.
13. Projeto de pesquisa.
14. Resumo estruturado do Projeto de Pesquisa (Anexo V).

## ANEXO IV

Brasília, de de 2023.

À Comissão Avaliadora do Processo de Seleção para Mestrado e Doutorado do Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas,

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

candidata(o) à vaga de , informo concorrer a vaga disponibilizada conforme características abaixo (de acordo com o Anexo I):

**Área de concentração (ver anexo I):**

**( ) Medicina ou ( ) Ciências Aplicadas à SaúdeTipo de vaga: ( ) Ampla concorrência**

**( ) Negro**

**( ) Indígena**

**( ) Quilombola**

**( ) Pessoa com deficiência ( ) Transexual ou travesti**

**Linha de Pesquisa (transcrever conforme descrito no edital I):**

**Tema da Pesquisa (transcrever conforme descrito no edital I):**

**Título do projeto da(o) candidata(o):**

\_ Assinatura da(o) Candidata(o)

## ANEXO V

Obs.: Responder em uma única página

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS RESUMO ESTRUTURADO DO PROJETO DE PESQUISA

* 1. **Comissão de Ética em Pesquisa (Sim/Não) (comprovante obrigatório): Protocolado ( ) Aceito ( )**

**Nota:** Observar itens 5.2 e 5.2.1 à 5.2.3 deste Edital relativos ao **SisGen/CGen/MMA ou SisBio**.

## Qual é a hipótese principal do projeto (Qual a pergunta da pesquisa?)

* 1. **Qual o método aplicado? (2 linhas)**

## Existem publicações do grupo sobre o método empregado?

* 1. **Casuística:**

## -Quem:

**-Quantos:**

## Proposta de análise (comparações, correlações, análises ajustadas ou multivariadas)

* 1. **Resultados preliminares:**

## ANEXO VI

**- Instruções para inscrições pela Internet**

* + 1. Leia todo o edital antes de iniciar a inscrição.
    2. O sistema não processará inscrições submetidas após o prazo estabelecido no item

3.1 do edital.

* + 1. Será permitida apenas uma solicitação de inscrição *on-line* por parte da(o) candidata(o).
    2. É imprescindível que a(o) candidata(o) efetue a devida conferência das informações e dos arquivos a serem submetidos, antes de enviá-los eletronicamente.
    3. É obrigatório inserir, nos campos indicados no formulário, os documentos indicados no item 3.6 deste edital, devidamente digitalizados e legíveis, em formato “.pdf”.
    4. Os formulários dos Anexos II e III deste Edital representam uma exemplificação do conteúdo a ser preenchido eletronicamente pela(o) candidata(o), diretamente no próprio sistema de inscrição.
    5. A(O) candidata(o) é responsável pelo envio de documentos completos, legíveis e em posição correta. Documentos ilegíveis, invertidos, cortados ou com erros de digitalização poderão ser desconsiderados pela Comissão de Seleção.
    6. O Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília não se responsabiliza por solicitação de inscrição não recebida por motivos de ordem técnica dos computadores, falhas de comunicação, congestionamento das linhas de comunicação, bem como outros fatores que impossibilitem a transferência de dados.

## ANEXO VII

Declaro ter ciência de que o PPGCM/UnB possui limitações de disponibilização de orientadora(o) conforme apresentado no Anexo XV em virtude da política de distribuição de número de estudantes por orientadora(or) em vigência no Programa, conforme a normativa da CAPES.

Local e data

Assinatura da(o) candidata(o)

**ANEXO VIII**

**AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATAS(OS) NEGRAS(OS)**

Eu, ,

Data de Nascimento: / / ,

Naturalidade: (cidade, estado, país)

RG: Data de Emissão: / / Órgão

Emissor:

C.P.F: Estado civil:

Endereço:

CEP Cidade: Estado:

Telefone (s) :

Email:

estou ciente e concordo com as regras do Edital, declarando-me negra(o). Por esta razão, opto porconcorrer na modalidade de reserva de vagas para negra(o)s.

de de 2023.

(assinatura)

**AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE VAGAS ADICIONAIS PARA CANDIDATAS(OS) INDÍGENAS**

Eu,

Pertencente à comunidade indígena

Data de Nascimento: / /

Naturalidade: (cidade, estado, país)

RG Data Emissão: Órgão Emissor:

C.P.F:

Estado civil:

Endereço:

CEP Cidade: Estado:

Telefone (s):

Email:

estou ciente e concordo com as regras do Edital, declarando-me indígena. Por esta razão, opto por concorrer às vagas disponibilizadas a candidatas(os) indígenas. Comprometo-me, ademais, a apresentar até a data limite estabelecida no edital, carta da liderança ou organização indígena atestando o meu vínculo.

de de 2023.

Assinatura

**AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE VAGAS ADICIONAIS PARA CANDIDATAS(OS) QUILOMBOLAS**

Eu, Pertencente à comunidade quilombola Data de Nascimento: / /

Naturalidade: (cidade, estado, país)

RG Data Emissão: Órgão Emissor: C.P.F:

Estado civil:

Endereço: CEP Cidade: Estado: Telefone (s):

Email: estou ciente e concordo com as regras do edital, declarando-me quilombola. Por esta razão, opto por concorrer às vagas disponibilizadas a candidatas(os) quilombolas. Comprometo-me, ademais, a apresentar até a data limite estabelecida no Edital, carta da liderança ou organização quilombola atestando o meu vínculo.

de de 2023.

Assinatura

**ANEXO XI**

**AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER NA MODALIDADE DE RESERVA DE VAGAS PARA CANDIDATA(O)S COM DEFICIÊNCIA**

Eu, , Data de Nascimento: / / ,

Naturalidade: (cidade, estado, país) RG: Data Emissão: / / Órgão Emissor: C.P.F: Estado civil: Endereço: CEP Cidade: Estado: Telefone fixo: Celular: Email: informo que possuo a(s) seguinte(s) deficiência(s)

e por esta razão, opto por concorrer na modalidade de reserva de vagas para pessoas com deficiência.

Informo a necessidade dos seguintes recursos de acessibilidade e/ou apoios para a realização das provas de seleção:

( ) Prova em tamanho ampliado ( ) Prova em Braille

( ) Tempo adicional para realização da prova ( ) Tradutor-intérprete de Libras

( ) Ledor

( ) Transcritor

( ) Mobiliário acessível

( ) Outros. Qual?

de de 2023.

assinatura

**ANEXO XII**

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO À COMUNIDADE INDÍGENA**

**(Carta assinada por liderança(s) ou organização indígena)**

Eu/Nós liderança(s) ou Eu/Nós representantes do Povo Indígena

da Aldeia (se for o caso) ,

localizada na Terra Indígena (se for o caso) .

declaramos que

é membro reconhecida(o) desta comunidade, sendo filha(o) de

e de ,tendo

(pequeno texto que descreva os vínculos do/a candidato/a com a comunidade étnica)

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

de de 2023.

(Local/Estado e Data)

——————————————————————————

——————————————————————————

**ANEXO XIII**

**DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO À COMUNIDADE QUILOMBOLA**

(Carta assinada por liderança(s) ou organização quilombola)

Eu/Nós liderança(s) ou Eu/Nós representantes do Povo Quilombola

localizado em , declaramos que

é membro reconhecida(o) desta comunidade, sendo filha(o) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e de ,tendo (pequeno texto que descreva os

vínculos do/a candidato/a com a comunidade étnica)

Por ser verdade, assinamos a presente declaração.

de de 2023.

(Local/Estado e Data)

——————————————————————————

——————————————————————————

Nome completo da(s) liderança(s) quilombola / Assinatura ou

Nome da organização quilombola / Assinatura da(o) Presidente ou Responsável Legal

## ANEXO XIV

**AUTODECLARAÇÃO PARA FINS DE CONCORRER AO SISTEMA DE AÇÃO AFIRMATIVA PARA PESSOAS TRANSEXUAL E TRAVESTI**

Eu, , Data de Nascimento: / / ,

Naturalidade: (cidade, estado, país)

RG: Data Emissão: / / Órgão Emissor: C.P.F: Estado civil: Endereço: CEP Cidade: Estado: Telefone fixo: Celular:

E-mail:

estou ciente e concordo com as regras do Edital n. 001/2023 do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Por esta razão, opto por concorrer na modalidade do sistema de ação afirmativa para pessoas transexual e travesti.

, de de 2023.

(assinatura)

## ANEXO XV

**QUADRO DE ORIENTADORAS(OS) COM PREVISÃO DE VAGAS DISPONÍVEIS PARA RECEBER NOVAS(OS) ALUNAS(OS) NESTE PROCESSO SELETIVO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Orientadora(or) | Vagas de  Doutorado | Vagas de  Mestrado |
| Einstein Francisco de Camargos | 1 | 1 |
| Iruena Moraes Kessler | 2 | \*\* |
| Luiz Sérgio Fernandes de Carvalho | 1 | \*\* |
| Felipe von Glehn | 2 | 1 |
| Juliana Lott de Carvalho | 1 | 2 |
| Licia Maria Henrique da Mota | 1 | \*\* |
| Mariana Machado Hecht | 1 | 2 |
| Juliana Forte Mazzeu de Araujo | 2 | \*\* |
| Yanna Karla de Medeiros Nóbrega | 1 | \*\* |
| José Roberto de Souza de Almeida Leite | \*\* | 3 |
| João Batista de Sousa | 3 | 1 |
| Neysa Aparecida Tinoco Regattieri | 1 | \*\* |
| Ciro Marins Gomes | 2 | \*\* |
| Jaime Martins de Santana | 1 | 1 |
| Fabiana Pirani | \*\* | 3 |
| Carla Nunes de Araújo | 1 | 1 |
| Laila Salmen Espindola | 2 | 1 |
| Fabio Pittella Silva | \*\* | 2 |
| Fernando Antibas Atik | 1 | 1 |
| Vania Maria Ferreira Moraes | 1 | \*\* |
| Vanessa Veis Ribeiro | \*\* | 3 |

\*\* sem vaga disponível para o curso indicado nesta coluna