

**UnB****conhecimento em movimento
sociedade em transformação****FACULDADE DE MEDICINA****PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS****INSTRUÇÕES PARA PARTICIPAR DA 2ª. CONSULTA 2025 PARA CLASSIFICAÇÃO DOS
DISCENTES APROVADOS NO PPGCM DA FM PARA ALOCAÇÃO DE BOLSAS DE
MESTRADO E DOUTORADO**

PROCESSO Nº 23106.087819/2025-57

1. Ler a Resolução do Programa de Pós- Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina Nº 001/2024 (https://www.ppgcienciasmedicas.unb.br/images/2024/Resolucao_1-2024.pdf);
2. Preencher o formulário GoogleForms <https://forms.office.com/r/0LSVPMw7p5> ;
3. Os candidatos devem enviar todos os documentos descritos abaixo até as 23h59 do dia 19 de setembro de 2025, **num PDF único**:
 - 3.1. Anexo I – Formulário de inscrição;
 - 3.2. Histórico escolar do curso atual (Mestrado ou Doutorado);
 - 3.3. Anexo II - Quadro de atribuição de pontos para a análise curricular devidamente preenchido, contendo os comprovantes. *Cada comprovante deve ser numerado de acordo com a descrição constante no quadro de atribuição de pontos, sob pena de não ser considerado, caso não seja numerado;*
 - 3.4. Anexo III - Declaração de veracidade das informações (DVI), assinada pelo(a) estudante e seu(sua) orientador(a). No caso de ter vínculo empregatício ou outros rendimentos, a declaração de vínculo (Anexo IV) também deve ser preenchida e anexada, assinada pelo(a) estudante e seu(sua) orientador(a);
 - 3.5. Anexo IV – Declaração de vínculo empregatício ou outros rendimentos.
4. O(a) candidato(a) que deixar de anexar qualquer um dos documentos acima ou cujo(a) Currículo Lattes não esteja atualizado no último mês será desclassificado(a).
5. Cronograma da consulta:

Período da consulta	Até as 23:59 horas de sexta-feira, 19 de setembro de 2025, via Google Forms
Análise pela Comissão de Bolsas do PPGCM (data provável)	De 22 a 29 de setembro de 2025
Divulgação do resultado parcial da classificação (data provável) (data provável)	30 de setembro de 2025, no site do PPGCM: https://www.ppgcienciasmedicas.unb.br

Recurso do resultado (data provável)	De 01 a 02 de outubro de 2025
Divulgação do resultado final após recurso (data provável)	03 de outubro de 2025

6. Disposições finais

6.1. As informações prestadas no formulário, bem como a documentação apresentada, são de inteira responsabilidade do(a) solicitante, que responderá por qualquer elemento relativo à falsidade de informações;

6.2. Os casos não previstos nessa instrução serão submetidos à deliberação da Comissão do PPGCM/UnB;

6.3. A presente consulta poderá ser revogada ou anulada, a qualquer tempo, no todo ou em parte, seja por decisão unilateral do PPGCM/UnB, seja por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direitos à indenização ou reclamação de qualquer natureza;

6.4. A presente consulta entrará em vigor a partir da data de sua divulgação.

Brasília-DF, 15 de setembro de 2025.

Profa. Dra. Carla Nunes de Araújo
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas
 Faculdade de Medicina
 Universidade de Brasília



Documento assinado eletronicamente por **Carla Nunes de Araujo, Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina**, em 15/09/2025, às 15:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **13129276** e o código CRC **23627377**.



UnB



**conhecimento em movimento
sociedade em transformação**

Anexo I – Formulário de Inscrição

Instruções para participar da 2ª. consulta 2025 para classificação dos discentes aprovados no PPGCM da FM para alocação de bolsas de Mestrado e Doutorado

Informações do docente orientador:	
Nome:	
Link para o Currículo Lattes:	
Perfil ORCID do docente:	
Informações do discente solicitante:	
Nome:	
Matrícula do discente:	
CPF	
Link para o Currículo Lattes atualizado no último mês:	
Perfil ORCID do discente:	
Nível:	() Mestrado () Doutorado
Título da dissertação / tese do discente:	
Endereço	
Cidade/Estado	
CEP	
Telefone residencial	
Telefone celular	
Data de nascimento	
Naturalidade	
RG	
Órgão emissor	
E-mail do discente	

Declaro, sob as formas da Lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que aceito as normas estabelecidas nas instruções que regulamentam essa consulta.

Brasília, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) discente

**UnB****conhecimento em movimento
sociedade em transformação****Anexo II - Quadro de atribuição de pontos**

Descrição	Pontuação	Pontuação do(a) candidato(a) *
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)	
2. Mestrado em Ciências da vida ou áreas afins	2,0 ponto por certificado de comprovação oficial	
3. Certificado de conclusão de participação em programas de iniciação científica (PIBIC/ PIBITI) ou de extensão (PIBEX)	0,7 ponto por ano completo	
4. Resumos publicados em anais de congressos	0,1 pontos por resumo	
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	
6. Experiência docente ou preceptoria de residência	0,5 ponto por ano de experiência comprovada em instituição de Ensino superior	
TOTAL		

*Cada comprovante deve ser numerado de acordo com a descrição constante no quadro de atribuição de pontos, sob pena de não ser considerado, caso não seja numerado.



UnB



**conhecimento em movimento
sociedade em transformação**

Anexo III - DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

Eu, _____, inscrito(a) no CPF nº _____, aluno do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (PPGCM/FM/UnB), e na condição de candidato(a) à bolsa aprovado(a) em processo seletivo para tal fim, DECLARO que, neste momento:

() a- Não possuo vínculo empregatício ou qualquer atividade remunerada, continuada ou esporádica, e que não sou beneficiário(a) de bolsas remuneradas externas ao PPGCM/FM/UnB de qualquer natureza.

() b- Possuo vínculo empregatício ou outra atividade remunerada, continuada ou esporádica (no caso tenha assinalado essa opção, entregar a declaração de vínculo empregatício ou outros rendimentos – anexo 1).

No caso de ter assinalado a opção (a) acima e vir a ser contemplado(a) com qualquer modalidade de bolsa de estudos externas ao PPGCM-FM-UnB ou iniciar qualquer atividade remunerada, comunicarei imediatamente à Coordenação do PPGCM/FM/UnB.

Declaro para todos os fins que as informações acima são verdadeiras e estou ciente das sanções por quaisquer informações inverídicas.

Nada mais a declarar e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.

Brasília, ____ de _____ de 2025.

Assinatura do(a) aluno(a)

Assinatura do(a) orientador(a)

**UnB****conhecimento em movimento**
sociedade em transformação**Anexo IV - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU OUTROS RENDIMENTOS**

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade de Brasília no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas sob o número de matrícula _____, em nível de _____, possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

1- Atividades Remuneradas:

Tipo de Vínculo 1				
☐ CLT	☐ Pessoa Jurídica	☐ Regime Jurídico Único	☐ Temporário Lei 6.019/74	☐ Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98
Início da Atividade:			Fim da Atividade:	
Descrição da Atividade:				

Tipo de Vínculo 2				
☐ CLT	☐ Pessoa Jurídica	☐ Regime Jurídico Único	☐ Temporário Lei 6.019/74	☐ Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98
Início da Atividade:			Fim da Atividade:	
Descrição da Atividade:				

Tipo de Vínculo 3				
☐ CLT	☐ Pessoa Jurídica	☐ Regime Jurídico Único	☐ Temporário Lei 6.019/74	☐ Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98

Início da Atividade:		Fim da Atividade:	
Descrição da Atividade:			

2- Outros Rendimentos:

Informar os outros rendimentos que possui:			
1-			
Início da Atividade:		Fim da Atividade:	
2-			
Início da Atividade:		Fim da Atividade:	
3-			
Início da Atividade:		Fim da Atividade:	

3- Bolsas Declaratórias

3.1. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos públicos federais?

☐ Sim ☐ Não

3.2. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, cuja legislação vigente vede expressamente o acúmulo?

☐ Sim ☐ Não

3.3. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos não federais?

☐ Sim ☐ Não

3.4. Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, que não seja de mesmo nível?

☐ Sim ☐ Não

Local e data: _____

Assinatura do(a) aluno(a): _____

Assinatura do(a) orientador(a): _____