**ANEXO I**

**AVALIAÇÃO DO CURRÍCULO – FICHA DE PONTUAÇÃO**

Candidato(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atividade** | **Pontuação** | **Pontuação Informada pelo Candidato** | **Número da(s) página(s) (documentos comprobatórios)** |
| **Formação e experiência em pesquisa/extensão** |  |  |  |
| Título de especialista/residência médica ou multiprofissional na área de saúde ou afins | 2,0 por título (máximo de 4,0) |  |  |
| Curso de formação complementar (mínimo de 20 horas) | 0,5 por curso (máximo de 2,0) |  |  |
| Participação em projetos de pesquisa | 2,0 por projeto |  |  |
| Participação em projetos de extensão e planos de ensino tutorado (PET) | 1,0 por projeto |  |  |
| Bolsas vinculadas à área de pesquisa (Iniciação Científica (IC), apoio técnico etc.) | 1,0 por bolsa/ano |  |  |
| Participação em atividades de monitoria | 0,5 por ano |  |  |
| Apresentação de trabalho (oral ou pôster) em eventos científicos (últimos 5 anos) | 1,0 por apresentação(máximo 3,0) |  |  |
| Participação em eventos científicos - ouvinte (últimos 5 anos) | 0,2 por evento(máximo 1,0) |  |  |
| **Subtotal – Formação e experiência em pesquisa/extensão** | **MÁXIMO 10,0** |  | - |
| **Experiência profissional (últimos 5 anos)** |  |  |  |
| Docência em ensino médio, cursos técnicos e outros cursos com mínimo de 15 horas | 0,5 por semestre/curso(máximo 2,0) |  |  |
| Docência em cursos de graduação e especialização | 0,5 por disciplina (mínimo 15hr)(máximo 2,0) |  |  |
| Atuação profissional na área da saúde | 3,0 por ano |  |  |
| Participação em bancas de monografias, concursos, etc. e orientação de alunos (Trabalho de conclusão de curso - TCC, Iniciação científica - IC, extensão) | 0,5 por banca/orientação(máximo 3,0) |  |  |
| Membro de comissão organizadora/científica de eventos | 0,5 por evento(máximo 2,0 pontos) |  |  |
| **Subtotal – Experiência profissional** | **MÁXIMO 10,0** |  | - |
| **Produção intelectual (últimos 5 anos)** |  |  |  |
| Artigos aceitos ou publicados em periódicos indexados (Qualis A na área de Saúde Coletiva ou Interdisciplinar) | 4,0 por artigo |  |  |
| Artigos aceitos ou publicados em periódicos indexados (Qualis B na área de Saúde Coletiva ou Interdisciplinar) | 3,0 por artigo |  |  |
| Artigos aceitos ou publicados em periódicos indexados (Qualis C ou sem classificação na área de Saúde Coletiva ou Interdisciplinar) | 1,0 por artigo |  |  |
| Livro técnico publicado/ Capítulo de livro publicado, com ISBN | 1,0 por capítulo/livro |  |  |
| Resumos (incluindo expandido) publicados em anais de eventos | 0,5 por publicação(máximo 4,0) |  |  |
| **Subtotal – Produção intelectual** | **MÁXIMO 15,0** |  | - |
| **TOTAL CURRÍCULO** | **MÁXIMO 20,0** |  | **-** |

**ANEXO II**

## **CARTA DA CHEFIA IMEDIATA**

Declaro, para os devidos fins, anuência na inscrição de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do candidato) no processo seletivo do curso de mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou - Fiocruz Minas, ciente de que, se aprovado(a), a instituição assegurará disponibilidade para dedicação às atividades do Programa.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_

##### Chefia imediata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### (Carimbo)

**ANEXO IV**

**FORMULÁRIO - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

1 - Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 - Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

6 - Tipo de deficiência:

( ) Deficiência física

( ) Deficiência auditiva

( ) Deficiência visual

( ) Deficiência intelectual

( ) Transtorno do Espectro Autista

( ) Deficiência múltipla

Especificações sobre a deficiência (exemplo: para deficiência visual, informar se é cegueira, baixa visão ou visão monocular):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? SIM ( ) NÃO ( )

Se você respondeu SIM à pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARO** que desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas a ações afirmativas para *pessoas com deficiência*, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachouda Fundação Oswaldo Cruz.

**DECLARO**, ainda, que as informações prestadas nesta declaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica ou a não comprovação da deficiência, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

**DECLARO** concordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)

**ANEXO V**

**FORMULÁRIO AUTODECLARAÇÃO**

1 - Nome do requerente:

2 - Data de nascimento:

3 – Identidade:

4 - Órgão Expedidor:

5 - CPF:

DECLAROque sou cidadão(ã) afrodescendente ou indígena descendente, nos termos da legislação em vigor, identificando-me como ( ) **preto** ( ) **pardo** ou ( ) **indígena** e desejo me inscrever para concorrer às vagas destinadas às ações afirmativas, nos termos estabelecidos no Processo de Seleção para ingresso no curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachouda Fundação Oswaldo Cruz.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, ficarei sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

DECLAROconcordar com a divulgação de minha condição de optante por vagas destinadas a ações afirmativas, nos documentos e listas publicadas durante o processo seletivo.

Belo Horizonte, \_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Candidato

**ANEXO VI**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES E AUTENTICIDADE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS**

(Deve ser assinada e enviada no formato PDF)

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome completo), inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, sob as penas previstas na Lei 13.726, de 08/10/2018, que as informações e os documentos apresentados (informar cada documento apresentado - RG / CPF / Diploma / Certidão de Casamento), para fins de minha matrícula no Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva – Turma 2024, ofertado pelo Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz, são verdadeiros e autênticos, estando ciente de que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Loca e data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**ANEXO VIII**

**REQUERIMENTO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO (RECONSIDERAÇÃO)**

**MESTRADO**

RECURSO contra resultado preliminar:

( ) Primeira etapa

( ) Segunda etapa

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio deste, interpor recurso junto à Comissão de Pós-graduação em Saúde Coletiva, em face do resultado preliminar divulgado, tendo por objeto de contestação a(s) seguinte(s) decisão(ões):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Os argumentos com os quais contesto a(s) referida(s) decisão(ões) são:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato