# Anexo 1

**CARTA DE INTENÇÕES**

|  |
| --- |
| Nome do Candidato: |
| Área de Concentração/Linha de Pesquisa pretendida |
| **Orientador 1 (primeira opção):****Orientador 2 (segunda opção):** |

*Descrever interesses, motivações e experiências prévias que levaram à escolha da área de concentração/linha de pesquisa e orientador.*

Data:

### Anexo 2 – AUTODECLARAÇÃO DE PRETOS OU PARDOS

Tendo realizado minha inscrição no Edital N° **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do PGFAR.** para uma das vagas destinadas, nos termos da Lei 12.711/2012, Decreto Presidencial no 7824/2012 e Portaria Normativa no 18/2012/MEC, às políticas de ações afirmativas étnico-raciais:

1. ( ) Declaro para o fim especifico de atender ao requisito inscrito no Processo Seletivo, que sou preto e possuo aspectos fenotípicos que me caracterizam como pertencente ao grupo racial negro.
2. ( ) Declaro para o fim especifico de atender ao requisito inscrito no Processo Seletivo, que sou pardo e possuo aspectos fenotípicos que me caracterizam como pertencente ao grupo racial negro.
3. Declaro ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta autodeclaração sujeito-me às penas da lei, especialmente as conseque^ ncias relacionadas ao art. 9o da Portaria 18/2012-MEC e ao edital deste processo seletivo.

Florianópolis, de de

Nome do(a) Candidato(a):

Assinatura:

### PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATOS(AS) PRETOS OU PARDOS

A Comissão de Validação de Autodeclaração de Pretos e Pardos, após avaliação do (a) candidato(a):

( ) SIM. Valida essa autodeclaração.

( ) NÃO valida essa autodeclaração e NÃO habilita o (a) candidato (a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas e vulnerabilidade socioecono^ mica.

Florianópolis, de de

Assinatura da Comissão:

### ANEXO 3 – AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) QUILOMBOLA

1. ( ) Declaro para o fim especifico de atender ao Processo Seletivo do PPG em Farmácia (Edital ) que sou QUILOMBOLA.
2. Declaro para o fim especifico de atender ao Processo Seletivo do PPG Farmácia (Edital

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**), que sou proveniente da seguinte Comunidade Quilombola: Nome da Comunidade:

Município e Estado da Federação:

1. Declaro ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta autodeclaração sujeito- me às penas da lei.

Florianópolis, de de

Nome do(a) Candidato(a):

Assinatura:

Anexar documento comprobatório de pertencimento às comunidades remanescentes de quilombo, assinado por membro da diretoria de Associação Quilombola reconhecida pela Fundação Palmares. A validação da autodeclaração de Quilombola será feita pela Comissão de Validação de Autodeclaração de Quilombolas, especificamente constituída para esse fim, nomeada pela Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades (SAAD).

### PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATOS(AS) QUILOMBOLA

A Comissão de Validação de Autodeclaração de Quilombolas, após avaliação dos documentos do(a) candidato(a):

( ) SIM. Valida essa autodeclaração.

( ) NÃ O valida essa autodeclaração e NÃO habilita o(a) candidato(a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas e vulnerabilidade socioeconômica.

Florianópolis, de de

Assinatura da Comissão:

### ANEXO 4 – AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) INDÍGENA

1. ( ) Declaro para o fim específico de atender ao Processo Seletivo do PPG em Farmácia (Edital ) que sou INDÍGENA.
2. Declaro para o fim especifico de atender ao Processo Seletivo do PPG Farmácia (Edital

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**), que pertenço a seguinte Etnia Indígena:

Nome da Etnia:

1. Declaro para o fim especifico de atender ao Processo Seletivo do PPG Farmácia (Edital

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**), que sou proveniente da seguinte Aldeia Indígena: Nome da Aldeia:

Município e Estado da Federação:

1. Declaro ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta autodeclaração sujeito- me às penas da lei.

Florianópolis, de de

Nome do(a) Candidato(a):

Assinatura:

Anexar documento comprobatório de pertencimento a povo indígena emitido por 1 (uma) autoridade indígena reconhecida ou da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Exemplos de documentos aceitos são cópia do registro administrativo de nascimento de indígenas (RANI) ou declaração de pertencimento assinada por liderança indígena reconhecida. A validação da autodeclaração de Indígena será feita pela Comissão de Validação de Autodeclaração de Indígenas, especificamente constituída para esse fim, nomeada pela Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades (SAAD).

### PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATOS(AS) INDÍGENA

A Comissão de Validação de Autodeclararão de Indígenas, após avaliação dos documentos do(a) candidato(a):

( ) SIM. Valida essa autodeclaração.

( ) NÃO valida essa autodeclaração e NÃO habilita o (a) candidato (a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas e vulnerabilidade socioeconômica.

Florianópolis, de de

Assinatura da Comissão:

### ANEXO 5 – AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Tendo realizado minha inscrição no Edital **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do. PGFAR** para uma das vagas

destinadas no termo do inciso VIII do artigo 37 da Constituição Federal e, por similitude, do § 2o do artigo 5o da Lei no 8.112/1990;

* 1. ( ) DECLARO para o fim específico de atender ao requisito inscrito, no Edital do Processo Seletivo, que sou pessoa com deficiê ncia.
	2. ( ) DECLARO que estou ciente de que detectada a falsidade desta declaração sujeito- me às penas da lei, especialmente as consequências relacionadas ao Art. 9o Portaria 18/2012-MEC e ao Edital deste processo seletivo.

Florianópolis, de de

Nome do(a) Candidato(a):

Assinatura:

Anexar os seguintes documentos comprobatórios: I) Laudo médico, realizado no máximo nos doze meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, que deverá estar assinado por médico(a) especialista na **área da deficiência do(a) candidato(a),** contendo, na descrição clínica, o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID e descrição do impacto da deficiência na funcionalidade. Deve ainda conter o nome legível, carimbo, assinatura e CRM do(a) médico(a) que forneceu o atestado. II) **Candidatos(as) com Deficiência Auditiva (Surdez)**, além do laudo médico, devem apresentar os seguintes exames: *audiometria* (tonal e vocal) e *imitanciometria*, realizados nos doze meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, nos quais constem o nome legível, carimbo, assinatura e número do conselho de classe do(a) profissional que realizou o exame. III) **Candidatos(as) com Deficiência Visual**, além do laudo médico, devem apresentar exame *oftalmológico* em que conste a acuidade visual, realizado no máximo nos doze meses anteriores à inscrição neste processo seletivo, como também o nome legível, carimbo, assinatura e CRM do(a) profissional que realizou o exame. Observação: A documentação dos(as) candidatos(as) classificados(as) para a vaga de pessoa com deficiência será analisada por Comissão designada pela SAAD. A comissão poderá, caso necessário, solicitar aos(às) candidatos(as) que entreguem documentação adicional e/ou passem por uma entrevista.

### PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DA AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Comissão de validação de Autodeclaração de PESSOA COM DEFICIÊNCIA, após análise da documentação apresentada pelo(a) candidato(a), em relação às disposições do edital do processo seletivo:

( ) SIM, valida essa autodeclaração.

( ) NÃO, não valida essa autodeclaração e NÃO habilita o(a) candidato(a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas e vulnerabilidade socioeconô mica.

Florianópolis, de de

Assinatura da Comissão:

### ANEXO 6 – AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) EM VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA

1. ( ) Declaro para o fim especifico de atender ao Processo Seletivo do PPG Farmácia (Edital

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**) que possuo situação de vulnerabilidade socioeconômica.

1. Apresento para o fim especifico de atender ao Processo Seletivo do PPG Farmácia, o(s) seguinte(s) documento(s) comprobatório(s):

Apresentar os seguintes documentos: comprovante de ter sido beneficiário(a) do Programa Universidade para Todos (PROUNI) do governo federal ou beneficiário(a) de cadastro socioeconômico voltado a estudantes de graduação da rede pública de ensino superior em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Apenas para candidatos(as) estrangeiros, apresentar e descrever documentação semelhante comprobatória de ser beneficiário(a) de programas semelhantes em países estrangeiros.

1. Declaro ainda que estou ciente de que detectada a falsidade desta autodeclaração sujeito- me às penas da lei.

Florianópolis, de de

Nome do (a) Candidato (a):

Assinatura:

### PARECER DA COMISSÃO DE VALIDAÇÃO DE AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATOS(AS) EM VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA

A Comissão, após avaliação dos documentos do(a) candidato(a):

( ) SIM. Valida essa autodeclaração.

( ) NÃO valida essa autodeclaração e NÃO habilita o(a) candidato(a) para a continuidade do processo seletivo pelas ações afirmativas e vulnerabilidade socioecono^ mica.

Florianópolis, de de

Assinatura da Comissão:

# Anexo 7

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE DOCUMENTOS**

|  |
| --- |
| NOME: |
| CPF: |
| DOCUMENTOS |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |
| 6. |
| 7. |
| 8. |
| 9. |
| 10. |
| 11. |
| 12. |
| 13. |
| 14. |
| 15. |
| 16. |

**Instruções de preenchimento:** preencher em cada linha os documentos exigidos nos itens 2a a 2h, bem como os documentos comprobatórios citados no Currículo Lattes. Adicionar mais linhas se necessário.

Declaro para os devidos fins que as informações contidas na presente ficha são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas e o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais.

 , de de 2022.

Assinatura do(a) candidato(a)

**ANEXO 8**

**Análise do curriculum vitae**

Somente serão consideradas para análise do Curriculum as atividades do período de janeiro de 2018 a março de 2023 e que estejam devidamente comprovadas:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ITEM | PONTOS | QUANTIDADE | PONTUAÇÃO |
| a) Especialização ou Residência na área ou áreas afins emcurso reconhecido por IES. (máximo um)\* | 2 |  |  |
| b) Estágio em laboratório de pesquisa e Iniciação Científica(pontuação por semestre). | 1 |  |  |
| c) Estágio extracurricular no país na área ou áreas correlatas(máximo 2 semestres). | 0,5 |  |  |
| d) Monitoria (máximo 2 semestres). | 0,5 |  |  |
| e) Atividade docente em IES (Farmácia ou áreas afins,máximo 4 semestres). | 1 |  |  |
| f) Resumos publicados em anais de eventos científicos(máximo 10 resumos). | 0,1 |  |  |
| g) Publicação de artigos científicos: A pontuação dos artigos seguirá os critérios de estratificação de acordo com os fatoresde impacto do JCR. |  |  |  |
|  | Fator de impacto >3,01 | 3 |  |  |
|  | Fator de impacto 2,01<JCR<3,0 | 1,5 |  |  |
|  | Fator de impacto 1,01<JCR<2,0 | 0,5 |  |  |
|  | Fator de impacto <1,0 | 0,25 |  |  |
| h) Revista não indexada no ISI, Scopus, EBSCO, Lilacs,Latindex ou PubMed/Medline. | 0,2 |  |  |
| i) Publicação de capítulos de livros. | 1 |  |  |
| i) Experiência profissional na área ou áreas correlatas(máximo 4 semestres). | 1 |  |  |
| j) Prêmio científico ou acadêmico. | 1 |  |  |
| k) Cursos de capacitação com menos de 40 horas (máximo 5cursos) | 0,025 |  |  |
| l) Cursos de capacitação com 40 horas ou mais (máximo 5cursos) | 0,25 |  |  |
| m) Participação em comissão organizadora de eventos. | 0,1 |  |  |
| n) Aprovação em concurso público em áreas afins aoPrograma de Pós-Graduação. | 0,5 |  |  |
| o) Graduação sanduíche no exterior (máximo 2 semestres)(estágio, disciplina e cursos) | 0,2 |  |  |
| p) Participação em eventos científicos (máximo 10) | 0,1 |  |  |
| q) Apresentação de trabalho (oral ou pôster, máximo 10) | 0,2 |  |  |
| r) Patentes depositadas ou concedidas | 3,0 |  |  |
| s) Outras atividades pertinentes na área não contempladasnos itens descritos acima (até 0,5). | 0,5 |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

\* A especialização ou residência será considerada como Título e pontuada independente do período de realização.

# Anexo 9

## Disponibilidade de Vagas

|  |
| --- |
| **Área de Concentração: Fármaco Medicamentos** |
|  | **Docente** | **Número de Vagas** |
| FM1- Desenvolvimento de formas farmacê uticas | Giovana Carolina Bazzo | 01 |
| FM2 - Garantia de qualidade de insumos produtos e serviços farmacê uticos | Hellen Karine Stulzer Koerich | 01 |
| FM3 - Investigação de produtos naturais e sintéticos com potencial atividade biológica | Aldo Sena de Oliveira | 02 |
| Christiane Meyre Da Silva Bittencourt | 01 |
| Maria Luiza Bazzo | 01 |
|  | Maique Weber Biavatti | 01 |
| **Área de Concentração: Análises Clínicas** |
|  | **Docente** | **Número de Vagas** |
| ACL2 - Mecanismos moleculares e celulares envolvidos em processos fisiopatológicos | Ariane Zamoner Pacheco De Souza | 01 |
| Fabiola Branco Filippin Monteiro | 01 |
| Fátima Regina Mena Barreto Silva | 01 |