**ANEXO 1**

**Distribuição das vagas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Docente** | **Número de Vagas** |
| **Área de Concentração Fármaco-Medicamentos** |
| FM2 | Garantia de qualidade de insumos produtos e serviços farmacêuticos | Hellen Karine Stulzer Koerich | 01 |
| FM3 | Investigação de produtos de origem natural, semissintética e sintética com potencial atividade biológica | Aldo Sena de Oliveira | 01 |
| Maria Luiza Bazzo | 01 |
| **Área de Concentração: Análises Clínicas** |
| ACL2 | Mecanismos moleculares e celulares envolvidos em processos fisiopatológicos | Ariane Zamoner Pacheco De Souza | 02 |
| Fabiola Branco Filippin Monteiro | 02 |
| Fatima Regina Mena Barreto Silva | 01 |

## ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS

Eu, , inscrito sob o CPF , declaro que os documentos descritos abaixo, encaminhados à secretaria do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC pelo email ppgfar@contato.ufsc.br, para inscrição no Processo Seletivo para ingresso no Curso de Doutorado em Farmácia em 2022, são autênticos, assumindo o mesmo poder de prova que os originais, nos termos do Art. 3º, § 2º da Lei 13726/2018 e dos Art. 298 e Art. 299 do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei Nº 2.848/1940).

*Art. 3º § 2º Quando, por motivo não imputável ao solicitante, não for possível obter diretamente do órgão ou entidade responsável documento comprobatório de regularidade, os fatos poderão ser comprovados mediante declaração escrita e assinada pelo cidadão, que, em caso de declaração falsa, ficará sujeito às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.*

*Falsificação de documento: Art. 298 - Falsificar, no todo ou em parte, documento particular ou alterar documento particular verdadeiro: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa.*

*Falsidade ideológica: Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um) a três anos, e multa, se o documento é particular.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | DOCUMENTOS(Listar os documentos enviados na ordem que se apresentam no PDF. Incluir ou excluirlinhas se necessário) |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |
| 11. |  |
| 12. |  |
| 13. |  |
| 14. |  |
| 15. |  |
| 16. |  |

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 .

Nome e assinatura

## ANEXO 3



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

# PROJETO DE DOUTORADO

**(Apresentar o formulário abaixo preenchido junto ao projeto)**

|  |
| --- |
| **1) NÚMERO DE INSCRIÇÃO: (a ser preenchido pela Secretaria do PGFAR no momento da****homologação das inscrições).** |
|  |
| **2) Data de ingresso** | **3) Previsão de conclusão** |
|  |  |
| **4) Título do projeto** |
|  |
| **5) Área de concentração e Linha de Pesquisa** |
| **Fármaco-medicamentos** | **Análises Clínicas** |
|  Desenvolvimento de formas farmacêuticas Garantia da qualidade de insumos, produtos e serviços farmacêuticos. Investigação de produtos naturais com potencial atividade biológica. |  Desenvolvimento de estratégias de diagnóstico e monitoramento fisiopatológico e terapêutico. Mecanismos moleculares e celulares envolvidos em processos Fisiopatológicos. |
| **6) Financiamento:** | **Fonte:** | **Vigência:** |
| sim [ ] não [ ] |  |  |
| **7) Submissão ao Comitê de Ética da UFSC (e/ou outro, neste caso especificar)****Anexar cópia do parecer ou, provisoriamente, do protocolo de encaminhamento** |
| [ ] Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos [ ] Comitê de Ética em Pesquisa com Animais[ ] Não se aplica |
| **Data:** |
| **Assinatura Candidato:** | **Assinatura Orientador:** |

# ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

O projeto de pesquisa deverá ser apresentado em papel formato A4, fonte arial 12, espaçamento 1,5 e deverá possuir no **máximo** 15 páginas, excluindo a bibliografia. Os seguintes itens deverão compor o projeto:

1. Resumo
2. Introdução, incluindo a revisão bibliográfica, justificativa e impacto da proposta
3. Objetivo geral e objetivos específicos
4. Metodologia
5. Plano de trabalho do Pós-Graduando com cronograma de desenvolvimento do projeto
6. Viabilidade econômica e técnica
7. Bibliografia

A não observação do disposto neste anexo poderá levar à desclassificação do candidato.

**ANEXO 4**

**Análise do curriculum vitae**

Somente serão consideradas para análise do Curriculum as atividades dos últimos cinco anos 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 em pesquisa 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 fatores de impacto, pré-determinados pela CAPES para aárea da Farmácia. |  |  |  |
|  |  | 3 |  |  |
|  |  | 1,5 |  |  |
|  |  | 0,5 |  |  |
| 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 (máximo5 cursos) | 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) Outras atividades pertinentes na área não contempladasnos itens descritos acima (até 0,5). | 0,5 |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

## Anexo 5 – 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 específico 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 específico 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 consequências 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 socioeconômica.

Florianópolis, de de Assinatura da Comissão:

## ANEXO 6 – AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) QUILOMBOLA

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

( ) 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 7– AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) INDÍGENA

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

 ) que sou INDÍGENA.

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

 ), que pertenço a seguinte Etnia Indígena:

Nome da Etnia: \_

1. Declaro para o fim específico 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 8 – 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 deficiência.
	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 da 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

socioeconômica.

Florianópolis, de de

Assinatura da Comissão :

## ANEXO 9 – AUTODECLARAÇÃO DE CANDIDATO(A) EM VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA

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

 ) que possuo situação de vulnerabilidade socioeconômica.

1. Apresento para o fim específico 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 socioeconômica.

Florianópolis, de de Assinatura da Comissão: