



ANEXO 1

FORMULÁRIO AUTODECLARAÇÃO E OPÇÃO POR RESERVA DE VAGAS

- 1 – Nome do Requerente:
- 2 – Data de Nascimento:
- 3 – Identidade:
- 4 – Órgão Expedidor:
- 5 – CPF:

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO E OPÇÃO POR RESERVA DE VAGAS	
Autodeclaração: (É possível assinalar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/> Amarelo (segundo o IBGE) <input type="checkbox"/> Branco (segundo o IBGE) <input type="checkbox"/> Indígena (segundo o IBGE) <input type="checkbox"/> Pardo (segundo o IBGE) <input type="checkbox"/> Preto (segundo o IBGE) <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência <input type="checkbox"/> Pessoa Trans (Transexual, Travesti ou Transgênero) <input type="checkbox"/> Servidor técnico administrativo UFBA
Inscrição	<input type="checkbox"/> Concorrerei à política de reserva de vagas <input type="checkbox"/> Não concorrerei à política de reserva de vagas*
Ao optar por concorrer à política de reserva de vagas, concorrerei à modalidade ao lado, declarando-me: (Assinale apenas uma opção)	<input type="checkbox"/> Negro (Preto ou Pardo) <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência <input type="checkbox"/> Quilombola <input type="checkbox"/> Pessoa Trans (Transexual, Travesti ou Transgênero) <input type="checkbox"/> Servidor técnico administrativo

* Ao optar por não concorrer à política de reserva de vagas, o(a) candidato(a) concorrerá apenas à modalidade de vagas regulares.

DECLARO que desejo me inscrever para concorrer à vaga assinalada acima destinadas às ações afirmativas, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Programa de Pós-graduação de Patologia da Universidade Federal da Bahia.

DECLARO, ainda, que as informações prestadas nesta autodeclaração são de minha inteira responsabilidade, estando ciente de que, em caso de falsidade ideológica, poderei ser desligado do curso, a qualquer tempo e responderei 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.

DECLARO ciência que a Comissão Permanente de Heteroidentificação da FIOCRUZ complementar à Autodeclaração poderá ter acesso a este formulário e o candidato (a) poderá ser convocado (a) para avaliar a sua condição de negro (preto ou pardo).

Salvador, _____ de _____ de _____.

Nome Completo do Candidato e Assinatura de próprio punho ou com Certificação Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 2

FORMULÁRIO DE 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 as ações afirmativas – Pessoas com Deficiência, nos termos estabelecidos no processo de seleção para ingresso no Programa de Pós-graduação *Strictu Sensu* em Patologia da Universidade Federal da Bahia.

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, ficaria sujeito ao desligamento do curso e às sanções prescritas na legislação em vigor.

Anexo a esta declaração o Laudo Médico, assinado e com CRM do médico especialista, emitido no máximo, nos últimos 03 (três) meses (a contar da data de publicação desta Chamada Pública), atestando a espécie e o grau ou nível da deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

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.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Nome Completo do Candidato e Assinatura de próprio punho ou com Certificação Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 3

TERMO DE COMPROMISSO E DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, _____, (nacionalidade) _____, RG
nº _____, vinculado _____ à
_____ (instituição e programa de pós-graduação), membro da Banca Examinadora do processo seletivo para o Mestrado ou Doutorado do Programa de Pós-graduação em Patologia – PGPAT/UFBA/FIOCRUZ, seleção _____, DECLARO:

- 1) não ter relações de parentesco consanguíneo ou por afinidade até o terceiro grau ou relação afetiva equivalente, ou inimizade notória com nenhum dos candidatos inscritos;
- 2) não prestar serviços, receber presente ou outros benefícios de pessoa física ou jurídica que tenha interesse em decisão individual ou coletiva neste processo seletivo;
- 3) desconhecer a existência de qualquer outra situação que possa caracterizar conflito de interesse que impeça minha avaliação isenta como Membro da Banca Examinadora deste processo seletivo.

COMPROMETO-ME a:

- 1) atender a todas as normas, prazos e atividades previstas na regulamentação deste processo seletivo, mantendo sigilo, durante e após a sua realização, sobre informações do processo de avaliação que não sejam de domínio público;
- 2) não divulgar ou fazer uso de informação privilegiada, em proveito próprio ou de terceiros, à qual tenha acesso em razão da minha participação como Membro da Banca Examinadora deste processo seletivo.
- 3) prestar esclarecimento por escrito, indicando os motivos que me levaram a não considerar aquela determinada situação impugnada como não conflituosa, caso questionado sobre eventual conflito de interesse.

Neste sentido, assumo o compromisso junto ao PGPAT/UFBA/Fiocruz de realizar com postura acadêmico-científica a atividade para qual fui convidado (a), atendendo todas as normas e os princípios éticos inerentes ao processo.

Salvador, ____ / ____ / ____ .

Nome Completo do Candidato e Assinatura de próprio punho ou com Certificação Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 4
FORMULARIO DE AVALIAÇÃO – MESTRADO
(USO DA BANCA)

NOME DO CANDIDATO:

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Patologia Humana ()	Patologia Experimental ()
----------------------	----------------------------

CRITÉRIOS	Itens				
	PESOS	AVALIADORES			MÉDIA
		M1	M2	M3	
Etapas 1 e 2 (Eliminatória e Classificatória): Avaliação de conhecimentos gerais	4				
Etapa 2 (Eliminatória e Classificatória): Interpretação de artigos científicos em língua inglesa.	3				
Etapas 3 e 4 (Classificatória): Análise de <i>Curriculum vitae</i> com barema e Entrevista	3				

NOME DO AVALIADOR 1 E ASSINATURA

NOME DO AVALIADOR 2 E ASSINATURA

NOME DO AVALIADOR 3 E ASSINATURA



ANEXO 5

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE A CONCESSÃO DE BOLSAS

Eu _____, CPF _____, candidato (a) ao curso de _____ (Mestrado/ Doutorado) do Programa de Pós-graduação em Patologia (PGPAT), declaro ciência que as bolsas de estudo não são pagas pelo PGPAT e sim por agências oficiais de fomento da Pós-Graduação (CNPq, CAPES, FAPESB etc). Desta forma, o PGPAT não assume o compromisso de conceder bolsas aos estudantes selecionados na seleção.

Salvador, ____ / ____ / ____ .

Nome Completo do Candidato e Assinatura de próprio punho ou com Certificação Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 6

Barema Mestrado para a avaliação do <i>Curriculum vitae</i>	Pontuação	
	Unidade	Obtido
1. Atividades acadêmicas		
1.1 Iniciação científica ou tecnológica com bolsa ou Residência Médica em Patologia na qual o estudante apresentou Trabalho de Conclusão de Curso em uma das linhas de pesquisa do Programa (Item 1.3), orientado por professor doutor, docente do PGPAT. (últimos 10 anos)	20/ano (máx 3 anos)	
1.2 Iniciação científica ou tecnológica voluntária reconhecida pela instituição de origem do candidato. (Certificado emitido pela Instituição). (últimos 10 anos)	15/ano (máx 2 anos)	
1.3 Monitoria de disciplina de graduação (por ano) em instituições reconhecidas pelo MEC. (últimos 10 anos)	5/disciplina (máx 2 disciplinas)	
1.4 Participação efetiva em projetos de pesquisa durante a graduação e residência médica, excetuando-se o projeto de Iniciação Científica e de mestrado, quando for o caso. *deverá ser atestado mediante declaração do coordenador do projeto e certificado pelo coordenador do projeto cadastrado na Plataforma Lattes	4/projeto (máx 2 projetos)	
1.5 Participação em eventos científicos (Congressos, Seminários, Simpósios, encontros acadêmicos regulares na área de patologia com frequência maior que 75%, atestada pelo coordenador etc.) promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades. (últimos 5 anos)	2/evento (máx 5 eventos)	
1.6 Apresentação Oral de trabalho em eventos científicos promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades (apresentador)- Nacional (últimos 5 anos) *Não serão contabilizados eventos promovidos por Ligas Acadêmicas.	2/trabalho (máx 5 trabalhos)	
1.7 Apresentação Oral de trabalho em eventos científicos promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades (apresentador)- Internacional *Não serão contabilizados eventos promovidos por Ligas Acadêmicas.	3/trabalho (máx 5 trabalhos)	
1.8 Apresentação de trabalho em formato de pôster em eventos científicos promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades (apresentador)- Nacional (últimos 5 anos) *Não serão contabilizados eventos promovidos por Ligas Acadêmicas.	1/trabalho (máx 5 trabalhos)	
1.9 Apresentação de trabalho em formato de pôster em eventos científicos promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades (apresentador)- Internacional (últimos 5 anos) *Não serão contabilizados eventos promovidos por Ligas Acadêmicas.	2/trabalho (máx 5 trabalhos)	
1.10 Premiação em eventos científicos nacionais promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades. (últimos 5 anos)	2/prêmio (máx 3)	
1.11 Premiação em eventos científicos internacionais promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades. (últimos 5 anos)	3/prêmio (máx 3)	



2. Produção técnico-científica		
2.1 Artigo completo publicado ou aceito para publicação em periódico indexado, com Fator de Impacto (FI) classificado no <i>Journal Citation Reports (JCR) 2019</i> do <i>Web of Science (Clarivate Analytics)</i> (últimos 5 anos)		
Classificação FI $\geq 4,0$	40/artigo 1º autor 30/artigo coautor	
Classificação FI (3,0-3,9)	30/artigo 1º autor 20/artigo coautor	
Classificação FI (2,0-2,9)	20/artigo 1º autor 10/artigo coautor	
3. Atividades profissionais		
3.1 Especialização <i>Lato Sensu</i> reconhecida pelo MEC ou Residência Médica (exceto Patologia Humana- Contabilizada no item 1.1)	(5/ano concluído) (Máx 5 anos)	
3.2 Docência em disciplina (mínimo 30h) do ensino superior (graduação ou pós-graduação) por semestre (Professor substituto em Universidade Pública apenas) (últimos 5 anos)	(5/ano concluído) (Máx 2 anos)	
3.3 Docência na educação básica (Fundamental I, II e Ensino Médio) (últimos 5 anos)	2/ano concluído (Máx 2 anos)	
3.3 Aprovação em concurso público (Comprovada pelo DOU) (últimos 5 anos)	1/aprovação (máx 2)	

Total de pontos obtidos: _____

Nome Completo do Candidato e Assinatura de próprio punho ou com Certificação Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 7

Modelo de Carta de Solicitação de Auxílio Financeiro
(Entrega após aprovação no processo seletivo conforme cronograma)

À Comissão de Bolsas do Programa de Pós-Graduação em Patologia Humana

Prezados membros da Comissão,

Eu, [Nome Completo do Candidato], inscrito no CPF nº [Número], vindo por meio desta declarar que estou ciente dos procedimentos e critérios de concessão de auxílio financeiro para estudantes do PGPAT, conforme descrito no edital de seleção e nas orientações adicionais. Justifico a necessidade de concessão do auxílio financeiro pelo seguinte motivo: [Descreva brevemente a necessidade do auxílio].

Atualmente, não exerço nenhuma atividade remunerada (inclusive recebimentos via pessoa jurídica), nem possuo outras atividades que não estejam vinculadas às minhas atividades na Pós-Graduação e, portanto, confirmo a minha disponibilidade para dedicação integral às atividades do [mestrado ou doutorado].

Ou

Atualmente, exerço atividade remunerada como [Descreva sua atividade], mas confirmo que a minha atividade remunerada não comprometerá as entregas e o tempo de conclusão do mestrado/doutorado. Comprometo-me a informar o meu/minha orientador (a) sobre esta atividade e acordar com ele a compatibilização das atividades, encaminhando a carta de ciência e anuência assinada por ele (a) ao Colegiado do PGPAT.

Compreendo que as bolsas de estudo não são pagas pelo PGPAT e sim por agências oficiais de fomento da Pós-Graduação. Desta forma, a Resolução CAPES XXXX que trata do acúmulo de bolsas de estudos com atividades remuneradas diz respeito exclusivamente às bolsas concedidas pela CAPES e CNPq. Portanto, como este assunto ainda não foi tratado pela agência de fomento estadual (FAPESB), manifesto ter ciência que não poderei ter vínculo empregatício caso seja contemplado com bolsa de estudo outorgada por esta



agência, até que este assunto seja regulamento pela FAPESB. Comprometo-me a submeter os relatórios de avaliação, conforme cronograma das agências financiadoras.

Estou ciente de que a atualização das informações sobre a compatibilização de atividades (remuneradas ou não) deverá ser encaminhada ao PGPAT a qualquer momento. Caso eu seja contemplado com uma bolsa CNPq, comprometo-me a fornecer a documentação complementar requerida quanto ao projeto institucional do PGPAT previamente aprovado por essa agência.

Estou ciente de que, a qualquer tempo, o Colegiado e/ou a Comissão de Bolsas poderão indicar o cancelamento da minha bolsa se eu não cumprir com minhas obrigações discentes regulamentares ou se fornecer informações inverídicas.

Agradeço a atenção e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

[Nome Completo do Candidato e Assinatura de próprio punho ou com Certificação Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 8

PASSO A PASSO

Edital de Seleção Pública de Candidatos ao Curso de Mestrado e Doutorado 2024- Programa de Pós-graduação em Patologia -PGPAT

1 - Acessar link: <https://pgpat.bahia.fiocruz.br/processo-seletivo/inscricao-e-selecao>

2 - Clicar em “Nova Inscrição”.

Login - Inscrição

Usuário

Senha

Acessar

Nova Inscrição



3 - Preencher os dados cadastrais e clicar em “Enviar” ao final do formulário.

Nova Inscrição

Nome <input type="text"/>	Data de nascimento <input type="text"/>	
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	Naturalidade <input type="text"/>	
Estado civil <input type="text"/>	Nacionalidade Brasileira / Residente Permanente	
CPF (Digite somente números.) <input type="text"/>	Email <input type="text"/>	
Identidade <input type="text"/>	Data de expedição <input type="text"/>	
Órgão expedidor <input type="text"/>	UF Escolha o UF	
Documento militar <input type="text"/>	Categoria <input type="text"/>	
Título de eleitor <input type="text"/>	Zona <input type="text"/>	Seção <input type="text"/>
Graduação <input type="text"/>	Ano de conclusão <input type="text"/>	
Instituição <input type="text"/>		

Ano da Seleção:

Desejo me inscrever para:

- Convocação (primeiro semestre)
- Convocação (segundo semestre)

Em caso de aprovação pretende solicitar bolsa?

- Sim
- Não

Selecione o Curso

- Doutorado
- Mestrado

Tipo de Escola Ensino Médio

- Pública
- Privada

Selecione a área do Curso

- Patologia Humana
- Patologia Experimental

Já possui contato para orientação com o professor do PGPAT?

- Sim
- Não

Orientador

Escolha o Orientador

Autodeclaração
(É possível assinalar mais de uma opção)

- Amarelo (segundo o IBGE)
- Branco (segundo o IBGE)
- Indígena (segundo o IBGE)
- Pardo (segundo o IBGE)
- Preto (segundo o IBGE)
- Quilombola
- Pessoa com Deficiência
- Pessoa Trans (Transsexual, Travesti ou Transgênero)
- Servidor Técnico Administrativo (Servidor técnico administrativo em educação de UFBA conforme RESOLUÇÃO Nº 08/2023 de 15 de agosto de 2023.)

Inscrição

- Concorreré à política de reserva de vagas
- Não concorrerei à política de reserva de vagas*

*Ao optar por não concorrer à política de reserva de vagas, o(a) candidato(a) concorrerá apenas à modalidade de vagas regulares.

CEP (Digite somente números) 00.000-000	Endereço residencial <input type="text"/>
Complemento <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>
Cidade <input type="text"/>	Estado Escolha o estado
Telefones (00) 0000-0000	Celular (00) 0 0000-0000
Senha <input type="text"/>	Confirmar Senha <input type="text"/>



4 – Aguardar a visualização da mensagem de confirmação.

Nova Inscrição

Ficha de inscrição preenchida com sucesso!

Enviamos um e-mail para você confirmar a sua ficha de inscrição.

5 – Ao receber o e-mail, clique no link “Confirmar Ficha de Inscrição” no texto do e-mail. Após a confirmação, será redirecionado para a página de confirmação.



Solicitação de inscrição concluída!

Obrigado por se inscrever.



6 – Acessar novamente o link: <https://pgpat.bahia.fiocruz.br/processo-seletivo/inscricao-e-selecao> e efetuar o login informando o “CPF” no campo Usuário e a “Senha” informada no formulário de inscrição. Clicar em “Acessar”.

Login - Inscrição

Usuário

Senha

Acessar

Nova Inscrição

7 – Após o login, será direcionado para a página de submissão dos documentos. Preencher todos os campos solicitados e clicar em “Enviar”. Para os candidatos ao curso de Mestrado, o campo “Projeto de Tese” não será solicitado. Acompanhe o status da sua inscrição.

Documentos da Inscrição

Status: Pendente de Documentação

Documentação pessoal
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Documentos de comprovação acadêmica
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Barema de avaliação de currículo preenchido e assinado pelo candidato
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Documentos comprobatórios do Barema
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Projeto de Tese
Escolher arquivo Nenhum arquivo escolhido

Link do Lattes
https://

Cada arquivo deve ter tamanho máximo de 20MB.

Enviar