



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)	☐ 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 (Transexual, Travesti ou Transgênero) ☐ Servidor técnico administrativo em educação da UFBA
Inscrição	☐ Concorrerei à política de reserva de vagas ☐ 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)	☐ Negro (Preto ou Pardo) ☐ Indígena ☐ Pessoa com Deficiência ☐ Quilombola ☐ Pessoa Trans (Transexual, Travesti ou Transgênero) ☐ Servidor técnico administrativo em educação da UFBA

* 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 em Patologia Humana 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 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 *Stricto 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 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 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 Humana – 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 e Assinatura 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 (Eliminatória e Classificatória): Avaliação de conhecimentos gerais	4				
Etapa 2 (Eliminatória e Classificatória): Interpretação de artigos científicos em língua inglesa.	3				
Etapa 3 (Eliminatória e Classificatória) - Entrevista da Seleção	3				
Etapa 4 (Classificatória) - Avaliação de <i>Currículo Lattes</i> com barema	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 Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 6

BAREMA

Barema Mestrado para a avaliação do Currículo lattes	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 (últimos 10 anos)	10/semestre (máx 3 anos)	
1.2 Iniciação científica ou tecnológica voluntária reconhecida pela instituição de origem do candidato. (Certificado emitido pela Instituição). (últimos 10 anos)	7/semestre (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 projeto de pesquisa durante a graduação ou residência médica, incluindo estágio extracurricular, desde que envolva obrigatoriamente o desenvolvimento de projeto de pesquisa. Excetuam-se os projetos de Iniciação Científica e de mestrado. *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)	
1.12 Participação em eventos de divulgação científica promovidos por instituições de nível superior, instituições de pesquisa e/ou sociedades. (últimos 5 anos)	1/evento	



*deverá ser atestado mediante declaração do coordenador do evento ou da instituição promotora.	(máx 3 eventos)	
1.13 Participação como bolsista em programas de extensão universitária (ex: PIBIX)	3/semestre (máx 3 anos)	

2. Produção técnico-científica		
2.1 Artigo completo publicado ou aceito para publicação em periódico indexado, com Fator de Impacto (FI) classificado no Journal Citation Reports (JCR) 2019 do Web of Science (Clarivate Analytics) (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 Lato Sensu 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)	
3.4 Aprovação em concurso público (Comprovada pelo DOU) (últimos 5 anos)	1/aprovação (máx 2)	
Total de pontos obtidos:		

Nome Completo do Candidato e Assinatura Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 7

Modelo de Carta de Solicitação de Auxílio Financeiro (Bolsa)

(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. 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. 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 das agências de fomento 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 Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 8

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS APRESENTADOS.

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____._____.____ - ____, declaro, sob as penas previstas na Lei 13.726, de 08 de outubro de 2018, que as informações e os documentos pessoais e acadêmicos apresentados: _____

para fins de minha inscrição no processo seletivo para o curso de _____ em Patologia Humana – UFBA/FIOCRUZ, são verdadeiros e autênticos e que, em caso de declaração falsa, ficarei sujeito(a) às sanções administrativas, civis e penais aplicáveis.

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

_____, ____ de _____ de _____.

[Nome Completo do Candidato e Assinatura Digital- Ex: Gov.br]

Instrução: descreva acima todos os documentos pessoais e acadêmicos apresentados via SIGAA conforme consta neste edital (ex.: RG, CPF, diploma, histórico escolar etc.).



ANEXO 9

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS EDUCACIONAIS E DE PESQUISA

Eu, _____ candidato(a) ao Edital de Seleção Pública para o curso de mestrado/doutorado do Programa de Pós-Graduação em Patologia Humana UFBA/Fiocruz, tenho ciência e autorizo a gravação e utilização da minha imagem e/ou som de voz, como parte dos requisitos obrigatórios para a terceira etapa (Entrevista) deste Edital. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, seja ele televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao processo de seleção, ensino e pesquisa. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da Pós-Graduação em Patologia Humana UFBA/Fiocruz. Deste modo, declaro que tenho ciência, concordo e autorizo o uso nos termos acima descritos, da minha imagem e/ou som de voz.

Este documento ficará sob guarda da Pós-Graduação em Patologia Humana UFBA/Fiocruz.

Salvador, ____ de _____ de _____

[Nome Completo do Candidato e Assinatura Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 10

AUTODECLARAÇÃO DE RENDA

Eu _____, candidato aprovado no curso de

(Mestrado/Doutorado) _____ do Programa de Pós-graduação em Patologia Humana – UFBA/FIOCRUZ, CPF: _____, declaro estar ciente de que o preenchimento desta Autodeclaração de Renda **não substitui a apresentação da documentação comprobatória de renda e de composição familiar**, a qual deverá ser apresentada pelo(a) candidato(a) para fins de análise e distribuição das bolsas.

Declaro, sob as penas da lei que possuo renda familiar per capita mensal* inferior ou igual a 2,0 (dois) salários-mínimos (valor do salário nacional), nos termos do Decreto Nº 11.016 de 29 de março de 2022.

*Capítulo 1 *Entende-se por renda familiar per capita mensal* o valor resultante do somatório dos rendimentos dos familiares que residem na mesma casa do estudante, dividido pela quantidade de residentes.*

Capítulo 2

Renda familiar total: R\$ _____ (Este campo não pode ficar vazio);

Número de pessoas da família: _____ (Este campo não pode ficar vazio);

Renda familiar per capita: R\$ _____ (Este campo não pode ficar vazio).

Preencha o quadro com as pessoas que residem na sua casa, INCLUINDO VOCÊ.

Nome	Idade	Parentesco	Ocupação	Renda mensal

Salvador, ____ de _____ de 2026

[Nome Completo do Candidato e Assinatura Digital- Ex: Gov.br]



ANEXO 11

Ficha de Avaliação – Entrevista PGPAT

(USO DA BANCA)

Mestrado

CANDIDATO(a):

Item Avaliado	Descrição	Pontuação Máxima	NOTA
Motivação e aderência ao PGPAT	Clareza das razões para ingresso no programa e entendimento da área de concentração.	3,0	
Experiência acadêmica e/ou profissional	Vivências relevantes, iniciação científica, estágios e atuação profissional.	3,0	
Interesses acadêmicos nas áreas do PGPAT	Alinhamento e maturidade na exposição dos temas de interesse.	2,0	
Perspectivas e expectativas sobre a formação	Objetivos futuros e motivação para formação científica.	1,0	
Postura e comunicação	Clareza, objetividade e postura adequada.	1,0	
Total (Peso 3)			



ANEXO 12

Passo a Passo Inscrição no Processo Seletivo do PGPAT pelo SIGAA

Instruções:

Documento disponível no site: <https://pgpat.bahia.fiocruz.br/> e no [SIGAA - Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas](#) área do Processo Seletivo do PGPAT.