

ANEXO I

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE BOLSISTAS

| ORDEM | REQUISITOS MÍNIMOS PARA PODER PLEITEAR OU MANTER BOLSAS |
|--|--|
| 1 | Mínimo de 8 (oito) horas junto ao orientador e com comprovação por escrito assinada por ambos. *OBS1: não contabiliza as horas em créditos de disciplinas **OBS2: comprovação por meio de declaração assinada tanto pelo orientador quanto pelo discente |
| 2 | Participação comprovada, na qualidade de ouvinte ou apresentador de trabalho em eventos científicos (congressos, jornadas, simpósios, etc.). |
| 3 | Participação comprovada, na qualidade de apresentador de trabalho, dos Encontros Universitários da UFC, com obrigatoriedade de envio de trabalho. |
| OBS.: | Não serão considerados os requisitos de ordens 2 e 3 caso não haja a realização desses eventos no período de avaliação do bolsista. |
| ARTIGOS ACEITOS/PUBLICADOS/ENVIADOS (com docente do PPGCS) | |
| ARTIGOS PUBLICADOS E/OU ACEITOS (classificação pelo <i>Qualis</i> vigente da área de Medicina II) | |
| OBS: Em relação a trabalhos aceitos para publicação, deve-se comprovar por meio de e-mail de aceite emitido pela revista em específico. | |
| Estrato | Valor por item |
| <i>Qualis</i> A1 | 40 |
| <i>Qualis</i> A2 | 30 |
| <i>Qualis</i> A3 | 30 |
| <i>Qualis</i> A4 | 30 |
| <i>Qualis</i> B1 | 25 |
| <i>Qualis</i> B2 | 20 |
| <i>Qualis</i> B3 | 20 |
| <i>Qualis</i> B4 | 20 |
| <i>Qualis</i> C | 5 |
| Sem <i>Qualis</i> na área de Medicina II | 5 |
| ARTIGOS ENVIADOS | |
| Artigo submetido (com comprovação). OBS: a submissão de um mesmo artigo para diferentes periódicos só será pontuada uma única vez | |
| <i>Qualis</i> < A4 | 10 |
| <i>Qualis</i> ≥ A4 | 15 |
| REGISTRO DE PATENTES, PRODUTOS E CORRELATOS (COM DOCENTE DO PPGCS) | |
| Desenvolvimento de software | Valor por item |
| Licenciamento de patente | 20 |
| Registro definitivo de patente | 20 |
| Depósito de patente | 20 |
| RESUMO EM ANAIS DE EVENTOS (COM DOCENTE DO PPGCS) | |
| | Valor por item |

| | |
|---|----------------|
| Evento de abrangência local (máximo: 6 pontos) | 2 |
| Evento de abrangência Regional | 5 |
| Eventos de áreas do conhecimento específico da área temática com abrangência nacional | 8 |
| Evento com abrangência internacional | 10 |
| CAPÍTULO DE LIVRO (COM DOCENTE DO PPGCS) | 5 |
| LIVRO COM COMITÊ EDITORIAL (COM DOCENTE DO PPGCS - mais de 50 páginas) | 10 |
| APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS NA QUALIDADE DE APRESENTADOR (COM DOCENTE DO PPGCS) O mesmo trabalho apresentado em vários eventos só será considerado o de maior pontuação. | Valor por item |
| Evento local (máximo 6 pontos) | 2 |
| Evento com abrangência regional | 5 |
| Evento com abrangência nacional | 8 |
| Evento com abrangência internacional | 10 |
| CURSOS, ESTÁGIOS E TREINAMENTOS EM OUTRAS IES OU PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO *OBS1:deve haver conexão da atividade com aquela desenvolvida no PPGCS, atestada pelo orientador | Valor por item |
| No Brasil – de 40h a 80h | 10 |
| No Brasil > 80h | 15 |
| No exterior | 20 |
| TRABALHO PREMIADO (COM DOCENTE DO PPGCS) | Valor por item |
| Evento local (máximo 5 pontos) | 2,5 |
| Evento com abrangência regional | 5 |
| Evento com abrangência nacional | 8 |
| Evento com abrangência internacional | 10 |
| PARTICIPAÇÃO EM BANCAS DE COMISSÕES JULGADORAS | Valor por item |
| Evento local/Regional (máximo: 5 pontos) | 2,5 |
| Trabalho de Conclusão de Curso (máximo: 5 pontos) | 2,5 |
| Evento Nacional | 4 |
| Evento internacional | 6 |
| PARTICIPAÇÃO NA ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS | Valor por item |
| Evento local (máximo 4 pontos) | 2 |
| Evento com abrangência regional | 3 |
| Evento com abrangência nacional | 4 |
| Evento com abrangência internacional | 5 |

ANEXO II

FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO

Eu, _____, CPF _____, Identidade _____, Órgão Emissor _____, natural de _____, telefone () _____, Whatsapp _____, domiciliado em _____, venho apresentar minhas informações socioeconômicas, para fins de implementação inicial de bolsa pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFC/Sobral, conforme diretrizes da Instrução Normativa 01/CPPG/CEPE, de 20 de setembro de 2023 e PORTARIA 01/2024/PPGCS/UFC, de 27 de fevereiro de 2024

1. Marque, dentre as opções abaixo, em qual grupo está inserido:

- Discente sem vínculo empregatício ou cargo público, com dedicação exclusiva à pós-graduação;
- Discente sem vínculo empregatício ou cargo público, ingressantes no curso por meio de Políticas de Ações Afirmativas, conforme previsto na Resolução nº 15/CEPE, de 1 de dezembro de 2023 e/ou em condições de vulnerabilidade social;
- Discente sem vínculo empregatício ou cargo público em condições de vulnerabilidade, conforme art. 4º, da PORTARIA 01/2024/PPGCS/UFC, de 27 de fevereiro de 2024
- Discente com vínculo empregatício ou cargo público, ingressantes no curso por meio de Políticas de Ações Afirmativas, conforme previsto na Resolução nº 15/CEPE, de 1 de dezembro de 2023;
- Discente com vínculo empregatício ou cargo público em condições de vulnerabilidade, conforme art. 4º, da PORTARIA 01/2024/PPGCS/UFC, de 27 de fevereiro de 2024
- Professor ou outro profissional da educação básica que esteja vinculado à rede pública municipal, estadual ou federal de ensino;
- Profissional atuante em serviço público municipal, estadual ou federal;
- Profissional atuante em serviço privado, desde que as atividades desempenhadas tenham correlação com a temática da pesquisa desenvolvida na pós-graduação;
- Estudante regularmente matriculado na pós-graduação e que desenvolva projeto de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (PD&I), associado às suas atividades-fim e cuja bolsa esteja vinculada ao projeto em execução apoiado pela Lei de Informática, Lei do Bem, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça ou correlatas;
- Exerço atividade remunerada e considero a possibilidade de afastamento de minhas funções para dedicação exclusiva às atividades do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, em caso de viabilidade de concessão de bolsa.

Caso esteja exercendo atividades remuneradas, qual a sua carga horária de trabalho semanal?
_____ horas semanais.

2. Qual a sua renda mensal média individual? _____

3. Qual a sua renda mensal média familiar? _____

4. Quantas pessoas compõem o seu grupo familiar? _____

5. Indique as pessoas que integram o seu grupo familiar e moram na mesma residência: _____

1. ___ Nível de parentesco _____

2. ___ Nível de parentesco _____

3. ___ Nível de parentesco _____

4. ___ Nível de parentesco _____

5. ___ Nível de parentesco _____

6. ___ Nível de parentesco _____

7. ___ Nível de parentesco _____

6. Quem é o principal responsável pelo sustento da família?

7. Você mora de aluguel?_____

Declaro a veracidade das informações indicadas neste formulário e estou ciente de que declarar falsamente constitui crime, nos termos do artigo 299 do Código Penal, passível de apuração e punição, sem prejuízo das sanções administrativas aplicáveis.

Estou ciente sobre o conteúdo deste Formulário Socioeconômico e concordo com o tratamento dos meus Dados Pessoais aqui descrito de forma livre e esclarecida, em observância à Lei Geral de Proteção de Dados e às demais normativas sobre proteção de Dados Pessoais aplicáveis.

Local, dia, mês, ano

Assinatura