



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

**EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS
INFECCIOSAS
CURSO: DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

RESUMO DO EDITAL

Ano: 2024
1º Semestre
Coordenador do Programa: Professor Crispim Cerutti Junior
Cinco de março de dois mil e vinte e quatro

Período de inscrições: 19/03/2024 a 03/04/2024

Vagas: 08

Data da apresentação do projeto de pesquisa e da análise de currículo: 22/04 a 10/05/2024

RESULTADO PRELIMINAR: 14/05/2024 (será publicado no site do Programa)

Recurso da Análise de *Curriculum Vitae* e da Apresentação do Projeto de Pesquisa: 14 a 15/05/2024

RESULTADO FINAL: 22/05/2024

Período de matrícula: 22 a 24/05/2024

Início das aulas: Após a matrícula, conforme cronograma das disciplinas ofertadas no 1º semestre letivo de 2024.

Email: processoseletivosppgdi@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

EDITAL Nº 2/2024

**PROCESSO SELETIVO PARA DOUTORADO EM DOENÇAS
INFECCIOSAS CANDIDATOS BRASILEIROS - TURMA 2024/1**

O Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGDI/CCS/UFES) torna público que estarão abertas, no período de **19/03/2024 a 03/04/2024**, as inscrições para processo de seleção do Curso de **Doutorado em Doenças Infecciosas para candidatos brasileiros**.

1. PREÂMBULO

- 1.1 O processo a que se refere este Edital tem a finalidade de selecionar estudantes para o Curso de Doutorado em Doenças Infecciosas.
- 1.2 O Curso de Doutorado em Doenças Infecciosas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGDI/CCS/UFES) iniciou-se em 2009 e é recomendado pela CAPES com conceito 5.
- 1.3 O Curso de Doutorado exige a obtenção de, no mínimo, 36 (trinta e seis) créditos. O curso deverá ser integralizado em, no máximo, 48 (quarenta e oito) meses e, no mínimo, 24 (vinte e quatro) meses, incluída a aprovação da Tese de Doutorado.

2. OBJETIVOS

O Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas tem como principais objetivos:

- 2.1 Formar pesquisadores e docentes de alto nível científico no campo das doenças infecciosas e capacitá-los para planejamento e desenvolvimento de investigações em áreas de fronteira do conhecimento.
- 2.2 Proporcionar a inserção do estudante de Pós-Graduação em projetos colaborativos e em redes internacionais e nacionais de pesquisa por meio da integração com outros cursos da Instituição, do país e do exterior.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

3. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO E LINHAS DE PESQUISA

3.1 Área de Concentração: Doenças Infecciosas

3.1.1 Linhas de Pesquisa:

- Diagnóstico, clínica e terapêutica das doenças infecciosas
- Imunologia, patogenia e biologia dos agentes infecciosos
- Epidemiologia clássica e molecular das doenças infecciosas

4. PÚBLICO ALVO

4.1 O Curso se destina a profissionais graduados nas áreas de Ciências da Saúde e Biológicas, portadores de diploma de curso superior de graduação e de mestrado, reconhecidos por órgãos competentes.

5. VAGAS

5.1 Serão oferecidas 8 (oito) vagas para o processo seletivo.

5.2 Setenta e cinco por cento das vagas serão reservadas para pessoas negras, indígenas, quilombolas, deficientes, refugiados, travestis, transexuais e transgêneras.

5.2.1. Serão consideradas aptas a concorrer às vagas destinadas a Pessoas Negras (Pretos e Pardos) candidatos/as autoidentificados/as por meio do preenchimento de formulário (Anexo 7), socialmente reconhecidos/as como tais e incluídos/as nas categorias preto e pardo, segundo a classificação do IBGE.

5.2.1.1 O processo de verificação das candidaturas às vagas para candidatos(as) pretos(as) e pardos(as) será feito por Comissão de Verificação específica. As sessões de verificação serão previamente agendadas por meio de mensagem enviada para os emails indicados no formulário de inscrição.

5.2.2 Serão considerados(as) indígenas os(as) candidatos(as) autodeclarados(as) (por meio do preenchimento de formulário), no momento da inscrição, como garantido no item 2, art. 1º, da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), com a entrega dos documentos comprobatórios, sendo vedada qualquer expedição por parte do candidato após a conclusão do prazo de inscrição.

5.2.2.1 No ato da inscrição, o candidato indígena optante pela reserva de vagas deverá apresentar obrigatoriamente: a autodeclaração conforme Anexo 8 e a declaração de pertencimento étnico conforme Anexo 9, a ser expedida por lideranças indígenas de comunidades, ou associações e/ou organizações representativas dos povos indígenas das respectivas regiões e pelo menos mais 1 (um) dos documentos listados a seguir:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

- I - registro Civil com a identificação étnica;
- II - registro Nacional de Nascimento expedido pela Fundação Nacional do Índio (Funai);
- III - comprovante de residência em áreas/territórios indígenas, demarcados ou não;
- IV - certidão de Nascimento ou Registro Geral de Identificação, que expressa o local de nascimento do candidato.

5.2.3 Serão considerados/as quilombolas os/as candidatos/as autodeclarados/as, por meio do preenchimento de formulário (Anexo 10) e socialmente reconhecidos/as como tais, por meio da declaração de pertencimento étnico de sua respectiva comunidade, assinada por liderança local, conforme Anexo 11.

5.2.4 Serão considerados(as) candidatos(as) com deficiência, conforme Anexo 12, aqueles(as) que apresentarem laudo médico com Código de Deficiência nos termos da Classificação Internacional de Doenças — CID.

5.2.4.1 O laudo médico deve conter na descrição clínica:

- I - o tipo e o grau da deficiência, nos termos do artigo 4º do Decreto nº 3.298/99 e da Súmula nº 377/STJ (visão monocular), com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença — CID;
- II - a provável causa da deficiência e as limitações impostas pela mesma; e
- III - o nome legível, assinatura, especialização, número no Conselho Regional de Medicina (CRM) e Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) do médico que forneceu o laudo

5.2.4.2 O prazo de validade do laudo é de cento e oitenta (180) dias.

5.2.4.3 O laudo médico será avaliado por médico oficial pertencente ao quadro da Diretoria de Atenção à Saúde/DAS-Ufes e cabe a ele a aprovação ou não do referido laudo, bem como a solicitação de perícia médica.

5.2.5 Serão considerados/as pessoas trans: travesti, transexual e/ou transgênero candidatos(as) autoidentificados(as) por meio do preenchimento de formulário (Anexo 13), ou que apresentem a certidão de inteiro teor no caso de pessoas que tiverem feito a retificação de registro civil.

5.2.6 A pessoa na condição de refugiado reconhecida pelo Comitê Nacional para os Refugiados (CONARE) ou apresentação do protocolo de solicitação de refúgio, de acordo com os procedimentos que regulamenta a Lei 9.474/07, terá direito a entrar na cota de 50% reservada para ações afirmativas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

- 5.3 A Comissão de Seleção reserva-se o direito de não preencher o número máximo de vagas estipulado no presente edital.
- 5.4 Os optantes de ações afirmativas classificados dentro do número de vagas oferecido para ampla concorrência não serão computados para efeito do preenchimento das vagas destinadas às ações afirmativas.
- 5.5 Em caso de desistência de optantes aprovados em vagas destinadas às ações afirmativas, a vaga não preenchida será ocupada pelo optante do mesmo grupo de acordo com a ordem de classificação, no caso de haver suplentes.
- 5.6 Na hipótese de não haver optantes aprovados em número suficiente para ocupar as vagas destinadas às ações afirmativas, as vagas remanescentes serão revertidas para outra categoria de ação afirmativa, atendendo prioritariamente as categorias com maior número de inscritos. Caso não haja, serão direcionadas para a ampla concorrência.
- 5.7 As vagas serão distribuídas conforme o quadro abaixo:

Vagas para a ampla concorrência	2
Vagas reservadas para candidatos negros	1
Vagas reservadas para candidatos refugiados	1
Vagas reservadas para candidatos indígenas	1
Vagas reservadas para candidatos quilombolas	1
Vagas reservadas para candidatos deficientes	1
Vagas reservadas para candidatos trans: travesti, transexual e/ou transgênero	1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

6 INSCRIÇÕES

6.4 As inscrições serão realizadas no período de **19/03/2024 a 03/04/2024**, por meio do envio dos respectivos documentos para o email: processoseletivosppgdi@gmail.com. Havendo necessidade de autenticidade dos documentos solicitados para a realização da matrícula, esta será verificada posteriormente, por meio da verificação dos originais que deverão ser apresentados na Secretaria do Programa, no Centro de Ciências da Saúde, no município de Vitória-ES, em data agendada pela secretaria.

6.5 A inscrição do(a) candidato(a) implicará no conhecimento e na aceitação das normas e condições estabelecidas neste Edital, não cabendo alegação de desconhecimento.

6.6 A inscrição do(a) candidato(a) poderá ser indeferida se constatada alguma irregularidade em sua documentação.

6.7 A omissão de informações ou documentos obrigatórios pelo(a) candidato(a) resultará no imediato indeferimento do seu pedido de inscrição.

6.8 Devem ser enviados, no ato da inscrição, os documentos listados abaixo.

- a) Ficha de inscrição devidamente preenchida (**ANEXO 1**);
- b) Carteira de Identidade e CPF;
- c) Termo de responsabilidade (**ANEXO 2**);
- d) Para os candidatos optantes pela reserva de vaga: o(s) anexo(s) conforme a reserva de vaga conforme indicados nos itens 5;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

- 6.9 Os arquivos indicados nos itens: “a;b;c;d” deverão ser enviados em um único arquivo em formato “.pdf”.
- 6.10 A não observância do item 6.6 resultará no indeferimento da inscrição.
- 6.11 Não será aceita a inclusão de qualquer documento listado no item 6.5 após a inscrição.
- 6.12 Não será cobrada taxa de inscrição.
- 6.13 O candidato poderá se inscrever diretamente para o processo seletivo do Doutorado, sem a precedência do Mestrado, desde que apresente um perfil equivalente ao de mestre, ou seja, estarenvolido em atividades didáticas, ter pelo menos 3 (três) publicações científicas indexadas noPubmed nos últimos cinco anos e participar em projetos de pesquisa.

7 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO:

- 7.4 Os candidatos deverão enviar uma cópia em formato “.pdf” do seu projeto de pesquisa e uma cópia do *Curriculum Vitae*, no modelo Plataforma Lattes do CNPq, com documentos comprobatórios de seu conteúdo, que deverá ser elaborado de acordo com a sequência de atividades apresentadas no **ANEXO 4**, para o e-mail: processoseletivosppgdi@gmail.com
- 7.5 O *Curriculum Vitae* com todos os comprovantes das atividades indicadas no **ANEXO 4** deste edital deverá ser enviado em um único arquivo em formato “.pdf”, na data indicada no cronograma (**Item 8**).
- 7.6 O candidato ao Curso de Doutorado deverá usar recursos de slides para realizar a apresentação do projeto de Doutorado de acordo com as recomendações apresentadas a seguir:
- 7.3.1 A apresentação ocorrerá em plataforma Google ou presencialmente, conforme divulgação realizada na data prevista no cronograma indicado no item 8.0.
- 7.3.2 O tempo de duração das apresentações é de no mínimo 10 e de no máximo 20 minutos.
- 7.4 A redação do projeto deverá conter, no mínimo, oito páginas, fonte Times New



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

Roman, tamanho 12 e espaço 1,15 e apresentar o seguinte conteúdo:

- a) Título;
- b) Introdução e Justificativa;
- c) Objetivos;
- d) Material/Pacientes e métodos;
- e) Cronograma de trabalho;
- f) Resultados preliminares (se houver);
- g) Disponibilidade de recursos financeiros e infraestrutura para a execução do projeto;
- h) Referências bibliográficas.

7.5 A análise do projeto e do desempenho do candidato será realizada com base nos critérios estabelecidos no **ANEXO 3**. Esta etapa será **eliminatória e classificatória**, exigindo-se nota igual ou superior a 60% para aprovação. *Valor máximo de 200 pontos.*

7.6 A análise de *Curriculum Vitae* ocorrerá de acordo com os critérios estabelecidos no **ANEXO 4**. Este requisito será **classificatório**. *Valor máximo de 100 pontos.*

7.7 O Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas recomenda aos candidatos entrarem em contato com os Professores do Programa para obter informações a respeito de linhas de pesquisa e disponibilidade de orientação. *E-mails:*

- Prof. Dr. Aloisio Falqueto <falqueto.ufes@gmail.com>;
Prof.^a Dr.^a Ana Paula Ferreira Nunes <anastron@gmail.com>;
Prof.^a Dr.^a Angelica Espinosa Barbosa Miranda <espinosa@ndi.ufes.br>;
Prof.^a Dr.^a Blima Fux <blimafux@yahoo.com.br>;
Prof. Dr. Carlos Eduardo Tadokoro <kadunyu@gmail.com>;
Prof. Dr. Carlos Graeff Teixeira <graeff.teixeira@gmail.com>;
Prof.^a Dr.^a Creuza Rachel Vicente <vicentecrachel@gmail.com>;
Prof. Dr. Crispim Cerutti Junior <fil.cris@terra.com.br>;
Prof. Dr. Daniel Claudio Oliveira Gomes <dgomes@ndi.ufes.br>;
Prof. Dr. Edson Oliveira Delatorre <edson.delatorre@ufes.br>;
Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira <faustoelpereira@gmail.com>;
Prof.^a Dr.^a Kênia Valéria dos Santos <keniavaleria@gmail.com>;
Prof.^a Dr.^a Liliana Cruz Spano <liliana.spano@ufes.br>;
Prof. Dr. Moises Palaci <mpalaci@ndi.ufes.br>;
Prof.^a Dr.^a Patrícia Duarte Deps <pdeps@uol.com.br>;
Prof.^a Dr.^a Quézia Moura da Silva <quezia.moura88@gmail.com>;
Prof. Dr. Reynaldo Dietze <rdietze@ndi.ufes.br>;
Prof. Dr. Ricardo Pinto Schuenck <ricardoschuenck@yahoo.com.br>;
Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro Rodrigues <rodrigrr@ndi.ufes.br>;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

Prof.^a Dr.^a Sarah Gonçalves Tavares < sarahunifesp@yahoo.com.br>;
Prof. Dr. Ricardo Pinto Schuenck < ricardoschuenck@yahoo.com.br>;
Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro Rodrigues < rodrigrr@ndi.ufes.br>;
Prof.^a Dr.^a Sarah Gonçalves Tavares < sarahunifesp@yahoo.com.br>

7.8 Os recursos relacionados ao resultado da análise de *Curriculum Vitae* e da apresentação do projeto de pesquisa poderão ser impetrados por meio do envio do anexo 6 para o email: processoseletivosppgdi@gmail.com, entre os dias **14 a 15 de maio de 2024**.

8 CRONOGRAMA

Atividades	Data	Local / Horário
Período de inscrição	19/03 a 03/04/2024	Por email: processoseletivosppgdi@gmail.com
Divulgação da homologação das inscrições	04/04/2024	Site do PPGDI
Entrega do Projeto de Pesquisa e do <i>Curriculum Vitae</i>	12/04/2024 – até às 15 horas	Por email: processoseletivosppgdi@gmail.com
Divulgação da data e do local das apresentações	04/04/2024	Site do PPGDI
Apresentação do projeto de pesquisa e análise de <i>Curriculum Vitae</i>	22/04 a 10/05/2023	Google meet ou presencial
Resultado preliminar apresentação do projeto de pesquisa e da análise de <i>Curriculum Vitae</i>	14/05/2024	Site do PPGDI
Recurso da análise de <i>Curriculum Vitae</i> e da apresentação do projeto	14 a 15/05/2024	Por meio do envio do anexo 6 para email: processoseletivosppgdi@gmail.com
Resultado Final	22/05/2024	Site do PPGDI
Matrículas	22 a 24/05/2024	Por email: processoseletivosppgdi@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

9 CLASSIFICAÇÃO E ADMISSÃO

9.1 A relação dos aprovados e classificados será publicada no site: <http://doencasinfecciosas.ufes.br/> no dia **22/05/2024**.

9.2 A classificação dos candidatos resultará da soma das 2 (duas) avaliações: Análise do Projeto de Doutorado e desempenho do candidato e Análise de *Curriculum Vitae*.

9.3 A classificação final será feita por ordem decrescente. Em caso de empate, prevalecerá, como critério de desempate, o maior número de pontos no *Curriculum Vitae*. Persistindo o empate, o critério de desempate será a idade, dando-se preferência ao candidato de idade mais elevada.

10 BOLSA DE ESTUDO

10.1 A oferta de bolsas de estudo pelo PPGDI está condicionada ao número concedido pelas agências de fomento governamentais (CAPES, FAPES e outras). A concessão será feita pela Comissão de Bolsas do PPGDI, obedecendo-se as normas vigentes das agências financiadoras e considerando-se a classificação final em ordem decrescente. As bolsas de estudo serão concedidas preferencialmente para os estudantes com dedicação exclusiva à Pós-Graduação e que não tenham vínculo empregatício ou outra fonte de renda (**ANEXO 5**).

11 MATRÍCULA E INÍCIO DO CURSO

11.1 Data prevista da matrícula: **22 a 24/05/2024**.

11.2 Para realização de matrícula, serão exigidos os seguintes documentos:

- Certidão de nascimento ou certidão de casamento;
- Alistamento militar (**sexo masculino**);
- Título de eleitor;
- Diploma de Mestrado;
- Para aqueles com vínculo empregatício, será necessária a apresentação de uma Carta da Instituição (**em papel timbrado da empresa, com assinatura e carimbo**) concordando com a sua participação em disciplinas ofertadas pelo programa e outras atividades pertinentes ao desenvolvimento do seu projeto de pesquisa;
- Uma foto 3x4 recente (**entregue presencialmente na ocasião da autenticação dos documentos ou da retirada da carteira de estudante**).
- Documento de proficiência de idioma em língua inglesa (com data de emissão a partir de 2022):



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

- I. Certificação mínima “GRADE B (B1 ou B2) - PASS” do Cambridge First Certificate in English (FCE);
 - II. Certificação mínima “Score 460” no TOEFL (ITP);
 - III. Certificação mínima “Score 4,5 in Academic Reading” no IELTS;
 - IV. Centro de Línguas da UFES “Score 460” no TOEFL (ITP) ou;
 - V. Certificação de Teste de proficiência em língua estrangeira (inglês) formulado e aplicado
 - por Instituição Federal de Ensino Superior (teste de línguas), com a nota mínima de 6,0 (seis);
 - VI. Certificação mínima “escore 2,5 ou maior in Reading” (iTEP).
- 11.3 Será considerado desistente e, portanto, eliminado do Processo Seletivo, o candidato classificado que não enviar os documentos para efetuar a matrícula inicial.
- 11.4 A data prevista para o início das aulas está condicionada ao cronograma de oferta de disciplinas do semestre letivo correspondente divulgado no site do PPGDI.

12 DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1 Somente caberão pedidos de reconsideração à Comissão de Seleção se devidamente formalizados e fundamentados, observando o prazo máximo de 48 horas após a divulgação dos resultados. Recursos serão analisados pela Comissão de Seleção.
- 12.2 Quaisquer alterações nas datas ou locais das provas constantes deste Edital serão divulgadas e justificadas pela Secretaria do PPGDI/UFES.
- 12.3 Os resultados de todas as etapas do Processo Seletivo e o Resultado Final serão divulgados no site: <https://doencasinfecciosas.ufes.br/pt-br/processos-seletivos>
- 12.4 O presente exame de Seleção só terá validade para o Curso que se iniciará em **maio de 2024**.
- 12.5 A Comissão de Seleção decidirá sobre os casos omissos.

Vitória-ES, 05 de março de 2024.

PROF. DR. CRISPIM CERUTTI JUNIOR

Coordenador

Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas

PROFa. DRa. BLIMA FUX

Coordenadora Adjunta

Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

ANEXO 1

Ficha de Inscrição N.º _____/20____

PROCESSO SELEÇÃO 2023/2
CANDIDATOS BRASILEIROS - TURMA 2024/1

(FOTOGRAFIA)	Espaço reservado para anotações do PPGDI
--------------	--

Preencher em letra de forma, de forma legível. Serão aceitas somente as inscrições com todos os dados preenchidos.

Nome: _____		
Data de Nascimento: ____/____/____		
Endereço: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	CEP: _____
Tel. Res.: _____	Celular: _____	
Tel. Com. _____	Fax: _____	
Identidade: _____	Órgão Exped.: _____	Data Exped.: ____/____/____
CPF: _____		
E-mail: _____		
Curso de Titulação: _____		

DECLARAÇÃO

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas.

*Declaro, também, estar ciente e aceitar as normas do processo de seleção de candidato (a) ao **Curso de DOUTORADO** em Doenças Infecciosas estabelecidas para o **primeiro** semestre do ano de **2024**.*

Vitória – ES, ____ de ____ de 20____.

Assinatura do Candidato (a)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

ANEXO 2

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
CANDIDATOS BRASILEIROS - TURMA 2024/1

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF nº _____, ao inscrever-me **condicionalmente** no processo seletivo para o ingresso no Curso de Doutorado em Doenças Infecciosas, declaro estar ciente de que, caso aprovado, tenho prazo até o dia da matrícula para apresentar, na Secretaria do PPGDI, comprovante de defesa e aprovação de minha dissertação de Mestrado, certo de que o não cumprimento desse requisito implicará na anulação do resultado de todas as provas por mim realizadas no referido processo seletivo.

Vitória, ES, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) Candidato(a)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

ANEXO 3

CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DO PROJETO E DE DESEMPENHO

CANDIDATO (A): _____

O projeto é compatível com o PPGDI: Sim [] Não []

(Se o resultado deste requisito for “Não”, o candidato será automaticamente desclassificado e os itens abaixo não serão avaliados).

A. AVALIAÇÃO PROJETO						
ITEM	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO				TOTAL
01	Contribuição para o avanço do conhecimento na área de Doenças Infecciosas	Nenhuma (0 pts)	Pouca Âmbito Estadual (1-5 pts)	Média Âmbito Nacional (6-10 pts)	Elevada Âmbito Internacional (11-15 pts)	
02	Originalidade ou caráter de ineditismo	Nenhuma (0 pts)	Pouca (1-5 pts)	Média (6-15 pts)	Elevada (16-30 pts)	
03	Perspectivas de publicação Qualis Internacional: A1, A2 e B1 (CAPES Área Medicina II)*	Nenhuma (0 pts)	Pouca (1-5 pts)	Média (6-10 pts)	Elevada (11-15 pts)	
04	Estrutura e fundamentação teóricado projeto	Fraca (0 pts)	Regular (1-5 pts)	Boa (6-15 pts)	Excelente (16-30 pts)	
05	Possui resultados preliminares do projetoproposto	Não (0 pts)	Apenas coleta de dados (1-5 pts)	Resultados ainda não consistentes (6-10 pts)	Resultados consistentes (11-15 pts)	
06	Viabilidade técnica e financeira para a execução do projeto	Nenhuma viabilidade (0 pts)	Regular (1-5 pts)	Boa (6-10 pts)	Excelente (11-15 pts)	
07	Metodologia e desenhode estudo adequados e compatíveis com o prazo do curso	Fraca (0 pts)	Necessita muitas adequações (1-5 pts)	Necessita poucas adequações (6-10 pts)	Excelente (11-15 pts)	
SUBTOTAL A:						

B. AVALIAÇÃO DO CANDIDATO						
ITEM	CRITÉRIO	PONTUAÇÃO				TOTAL
08	Apresentação oral do projeto	Fraca (0 pts)	Regular (1-5 pts)	Boa (6-10 pts)	Excelente (11-15 pts)	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

09	Domínio sobre o tema e nas respostas à banca examinadora	Fraco (0 pts)	Regular (1-5 pts)	Bom (6-15 pts)	Excelente (16-30 pts)	
10	Desempenho pregresso: publicou artigo de sua dissertação de mestrado**	Não (0 p pts)	Submetido a publicação (1-5 pts)	Revista Nacional (6-10 pts)	Revista Internacional (11-20 pts)	
SUBTOTAL B:						

***Item 03:** Na apresentação do projeto, o candidato deve elencar os motivos pelos quais seus futuros resultados poderão ser publicados, no formato de artigo científico, em revistas do estrato Qualis A1, A2 ou B1 (CAPES Área Medicina II).

****Item 10:** O artigo deve ser entregue junto com a documentação comprobatória do *curriculum* Lattes.

<i>Pontuação máxima permitida = 200 pontos (mínimo 60% para aprovação)</i>	TOTAL (Somatória Subtotal A e B)	
--	---	--

Observações sobre o Projeto do(a) Candidato(a):

Avaliador 1: _____ Data: _____

Avaliador 2: _____ Data: _____

Avaliador 3: _____ Data: _____

Avaliador 4: _____ Data: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

ANEXO 4

CRITÉRIOS PARA ANÁLISE DO *CURRÍCULO LATTES*

CANDIDATO (A): _____

A - PRODUÇÃO CIENTÍFICA		
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	TOTAL
Artigos publicados em periódicos QUALIS A1, A2 e B1 da Área de Medicina II – CAPES	5 pts cada	
Artigos publicados em periódicos QUALIS B2, B3 e B4 da Área de Medicina II – CAPES	2 pts cada	
Artigos publicados em periódicos QUALIS B5, C ou não indexados da Área de Medicina II – CAPES	1 pt cada	
Autoria de livros publicados	5 pts cada	
Autoria de capítulos de livros publicados	3 pts cada	
Resumo de trabalho publicado em anais de congresso internacional ou comprovante de apresentação	0,5 pts cada	
Resumo de trabalho publicado em anais de congresso nacional ou comprovante de apresentação	0,3 pts cada	
Resumo de trabalho publicado em anais de congresso regional ou comprovante de apresentação	0,1 pts cada	
Apresentação oral de trabalho em congresso	0,5 pts cada	
Total	(Máximo 45 pts)	
B - FORMAÇÃO ACADÊMICA		
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	TOTAL
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> na Área de Doenças Infecciosas	5 pts cada	
Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> na Área da Saúde (outras)	3 pts cada	
Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i> na Área da Saúde (outras)	2 pts cada	
Monitoria, Extensão ou Estágio na Área da Saúde	1 pt por semestre	
Total	(Máximo 15 pts)	
C - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	TOTAL
Magistério Superior na Área da Saúde	1,5 pts por semestre	
Orientação de monografia de especialização	2 pts cada	
Orientação de Trabalho de Conclusão de Curso de graduação	1 pt cada	
Orientação de Monitoria, Iniciação Científica ou Extensão	1 pt cada	
Residência na área médica / laboratorial	1 pt por ano	
Atividades profissionais relacionadas à área médica ou laboratorial (vínculo empregatício)	1 pt por ano	

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

Total	(Máximo 15 pts)	
D - PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE PESQUISA		
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	TOTAL
Aluno de Iniciação Científica	1 pt por semestre	
Membro de equipe de projeto de pesquisa com carta do coordenador do projeto	1 pt por ano	
Coordenador de projetos de pesquisa	3 pts por projeto	
Total	(Máximo 15 pts)	
E - FORMAÇÃO COMPLEMENTAR		
ATIVIDADES	PONTUAÇÃO	TOTAL
Cursos na Área da Saúde com carga horária < 20 horas	0,2 pts cada	
Estágio não curricular comprovado	0,5 pts por semestre	
Cursos na Área da Saúde com carga horária entre 20 e 40 horas	0,5 pts cada	
Cursos na Área da Saúde com carga horária > 40 horas	1 pt cada	
Total	(Máximo 10 pts)	
TOTAL		
	(Máximo 100 pts)	

Observações sobre o Currículo do(a) Candidato(a):

Avaliador 1: _____ Data: _____

Avaliador 2: _____ Data: _____

Avaliador 3: _____ Data: _____

Avaliador 4: _____ Data: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

ANEXO 5

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
CANDIDATOS BRASILEIROS - TURMA 2024/1

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, CPF nº _____, declaro estar disponível para participar em horário integral das atividades discentes do curso de Doutorado em Doenças Infecciosas, sob pena de cancelamento da minha matrícula no referido programa.

Comprometo-me, ainda, com a autenticidade dos documentos apresentados.

Vitória, ES, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do(a) Candidato(a)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS**

ANEXO 6

**EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
CANDIDATOS BRASILEIROS - TURMA 2024/1**

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

NOME DO CANDIDATO(A):

Nº DE INSCRIÇÃO:

INDIQUE COM UM "X" A ETAPA CORRESPONDENTE:
PROVA OBJETIVA ()
APRESENTAÇÃO DE PROJETO ()
ANÁLISE DE CURRÍCULO ()

Nº DA QUESTÃO (CASO SE APLIQUE):

FUNDAMENTAÇÃO (SUSCINTA):

Assinatura do (a) Candidato (a)

ANEXO 7

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL PARA CANDIDATO(AS)
PRETOS(AS) E PARDOS(AS)

Eu, _____(nome completo),

RG: _____, CPF: _____, declaro

que sou preto () ou pardo (), e que esta declaração está em conformidade com o Art. 9º desta Resolução. Estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito(a) às penalidades previstas em lei.

Data: / / .

Assinatura: _____

Anexar 01 (uma) fotografia impressa em papel fotográfico tamanho 10x15cm com as seguintes especificações:

- a) A fotografia deverá ser recente, colorida de boa qualidade, com fundo branco e sem retoques;
- b) A foto deverá proceder com registro de temporalidade de até seis (06) meses;
- c) Alterações relevantes na aparência, como barba, mudança no corte de cabelo ou na cor do mesmo, após a captura da foto, implicarão em descarte da foto e solicitação de registro fotográfico atualizado;
- d) A fotografia deverá ser frontal, cabeça centralizada e ter a visão completa da face do solicitante olhando em direção à câmera. O solicitante não poderá estar olhando para baixo ou para qualquer lado;
- e) A face do solicitante deverá cobrir 50% da área da foto, e não poderá apresentar cortes do topo da cabeça ou do queixo. Ambas as orelhas deverão estar completamente expostas, permitindo a visão total das mesmas;
- f) Óculos de grau poderão ser usados, desde que transparentes e quando normalmente usados pelo solicitante, desde que não haja reflexo nas lentes.

Os candidatos que enviarem fotografias que não atendem às especificações citadas acima serão indeferidos do processo de verificação de autodeclaração.

ANEXO 8

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

AUTODECLARAÇÃO PARA CANDIDATO(AS) INDÍGENAS

Eu, _____(nome completo),

declaro para o fim específico de concorrência à vaga em curso de
mestrado/doutorado/curso de especialização, que sou indígena da etnia/povo indígena

_____,da comunidade

indígena _____, localizada no Município de

_____, no Estado de _____,

e que esta declaração está em conformidade com o Art. 10º desta Resolução. Estou

ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito(a) às penalidades

previstas em lei.

Data: / / .

Assinatura: _____

No ato da inscrição, o candidato indígena optante pela reserva de vagas deverá apresentar obrigatoriamente a autodeclaração e a declaração de pertencimento étnico, a ser expedida por lideranças indígenas de comunidades, ou associações e/ou organizações representativas dos povos indígenas das respectivas regiões e pelo menos mais 1 (um) dos documentos listados abaixo:

- a) Registro Civil com a identificação étnica;
- b) Registro Nacional de Nascimento expedido pela Fundação Nacional do Índio (Funai);
- c) Comprovante de residência em áreas/territórios indígenas, demarcados ou não;
- d) Certidão de Nascimento ou Registro Geral de Identificação, que expressa o local de nascimento do candidato.

ANEXO 9

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO
(CANDIDATO(AS) INDÍGENAS)

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Povo Indígena _____ (nome do povo indígena), DECLARAM, para fins de inscrição em processo seletivo de cursos de pós-graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, que o(a) estudante _____ (nome completo), cadastrado (a) no CPF sob o número _____ (onze dígitos), é indígena pertencente ao Povo _____ (nome do Povo indígena ao qual pertence), cuja respectiva comunidade está localizada no município _____, UF. Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade indígena onde reside o estudante indígena mencionado acima. Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos presente declaração.

Local e data (Informar a Cidade, a UF e o dia, mês e ano da emissão)

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome Completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____

Obs 1: Esta declaração deverá ser utilizada para fins de comprovação do pertencimento étnico do estudante indígena.

Obs 2: Se os líderes ou alguns dos líderes signatários da declaração possuir algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa.

ANEXO 10

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

AUTODECLARAÇÃO DO CANDIDATO – ESTUDANTE QUILOMBOLA

Eu _____, CPF _____,
declaro, sob as penas da Lei e para fins de inscrição em processo seletivo de cursos de
pós-graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, que sou quilombola pertencente
ao Quilombo _____ e resido na comunidade quilombola _____,
localizada no
Município _____, UF _____.

DECLARO ainda, estar ciente de que a falsidade das declarações por mim firmadas no
presente documento, poderá ensejar sanções civis, criminais e administrativas, além do
cancelamento da concessão da bolsa e ressarcimento dos valores recebidos
indevidamente. Por ser verdade, firmo e dato a presente declaração.

Local e data (Informar a Cidade, a UF e o dia, mês e ano da emissão)

Assinatura

ANEXO 11

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

DECLARAÇÃO DE PERTENCIMENTO ÉTNICO
(PARA ESTUDANTE QUILOMBOLA)

As lideranças comunitárias abaixo identificadas, do Quilombo _____ (nome do Quilombo), DECLARAM, para fins de inscrição em processo seletivo de cursos de pós-graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, que o(a) estudante _____ (nome completo), cadastrado(a) no CPF sob o número _____ (onze dígitos), é quilombola pertencente ao Quilombo _____ (nome do quilombo ao qual pertence), cuja respectiva comunidade está localizada no município _____, UF __. Declaram ainda, que são lideranças reconhecidas da comunidade quilombola onde reside o estudante quilombola mencionado acima. Por ser expressão da verdade, firmamos e datamos a presente declaração.

Local e data (Informar a Cidade, a UF e o dia, mês e ano da emissão)

LIDERANÇA 1

Nome completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____

LIDERANÇA 2

Nome completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____

LIDERANÇA 3

Nome Completo: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____

Obs 1: Esta declaração deverá ser utilizada para fins de comprovação da condição de estudante quilombola.

Obs 2: Se os líderes ou alguns dos líderes signatários da declaração possuir algum vínculo com alguma entidade representativa da comunidade, essa situação deverá ser identificada na declaração, mediante a indicação do nome e aposição do carimbo do CNPJ da entidade a qual representa.

ANEXO 12

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____(nome completo),

RG: _____, CPF: _____,

declaro que sou pessoa com deficiência e que esta declaração está em conformidade com o Art. 12º desta Resolução. Estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito(a) às penalidades previstas em lei.

Data: / / .

Assinatura: _____

Anexar:

O laudo médico deve conter na descrição clínica:

I - o tipo e o grau da deficiência, nos termos do artigo 4º do Decreto nº 3.298/99 e da Súmula nº 377/STJ (visão monocular), com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença — CID;

II - a provável causa da deficiência e as limitações impostas pela mesma; e

III - o nome legível, assinatura, especialização, número no Conselho Regional de Medicina (CRM) e Registro de Qualificação de Especialidade (RQE) do médico que forneceu o laudo.

§ 2º O prazo de validade do laudo é de cento e oitenta (180) dias.

ANEXO 13

EDITAL Nº 2/2024
PROCESSO SELETIVO PARA O DOUTORADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS
TURMA 2024/1

FORMULÁRIO DE AUTODECLARAÇÃO DE PESSOA TRANS

Eu, _____(nome social),

RG: _____, CPF: _____,

declaro que sou travesti (), transexual () e/ou transgênero () e que esta declaração está em conformidade com o Art. 14º desta Resolução. Estou ciente de que se for detectada falsidade na declaração, estarei sujeito(a) às penalidades previstas em lei.

Data: / / .

Assinatura: _____