

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

#### ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DOS DISCENTES BOLSISTAS DO PPGO-UFSC

**Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Área de concentração: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mestrado ingressante no ano de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Doutorado ingressante no ano de: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Agência de fomento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) discente**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO**

Eu .......................................................................................................................................... declaro, que durante o período de vigência da bolsa, tenho disponibilidade de carga horária para dedicar-me às atividades do curso, não acumularei bolsa, não exercerei atividade profissional remunerada exceto atividades relacionadas à docência de até 10 horas semanais conforme as ORIENTAÇÕES REFERENTES À COMPLEMENTAÇÃO FINANCEIRA DE BOLSISTAS VINCULADOS AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA DA UFSC\*, não estou aposentado, e não receberei vencimentos se afastado do trabalho.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) discente(a)**

\* <https://posodonto.paginas.ufsc.br/files/2014/11/Orienta%C3%A7%C3%B5es-bolsista_complementa%C3%A7%C3%A3o-financeira-05112021.pdf>



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO**

Eu ........................................................................................................................................ declaro a veracidade das informações fornecidas neste formulário e na documentação comprobatória, e desde já autorizo a verificação dos dados. Declaro ter ciência da minha exclusão no processo de seleção de bolsas do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGO-UFSC) na falta de documentos, apresentação de documentos fora do padrão e/ou ilegíveis, preenchimento incorreto do formulário ou desorganização da ordem de apresentação.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Assinatura do(a) discente**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANEXO IV**

**AVALIAÇÃO DA PRODUÇÃO INTELECTUAL**

**Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Artigos Completos em Periódicos** | | | | | |
| **coautoria recebe 50% da pontuação** | **Critérios\*** | **Autoria** | **Pontuação** | **Quantidade** | **Pontuação total** |
| Indexados Qualis A1 | Primeiro autor | 100 pts |  |  |
| Coautoria | 50 pts |  |  |
| Indexados Qualis A2 | Primeiro autor | 85 pts |  |  |
| Coautoria | 42,5 pts |  |  |
| Indexados Qualis A3 | Primeiro autor | 70 pts |  |  |
| Coautoria | 35 pts. |  |  |
| Indexados Qualis A4 | Primeiro autor | 50 pts |  |  |
| Coautoria | 25 pts |  |  |
| Indexados Qualis B1 | Primeiro autor | 30 pts |  |  |
| Coautoria | 15 pts |  |  |
| Indexados Qualis B2 | Primeiro autor | 15 pts |  |  |
| Coautoria | 7,5 pts |  |  |
| Indexados Qualis B3, C  ou sem qualis | Primeiro autor | 5 pts |  |  |
|  | Coautoria | 2,5 pts |  |  |
| **TOTAL DE PONTOS** | | | | |  |
| **2. Resumos em Anais** | | | | | |
| **Coautoria recebe 50% da pontuação**  **SERÃO ACEITOS ATÉ 3 TRABALHOS POR EVENTO (POR ANO)** | **Critério** | **Autoria** | **Pontuação** | **Quantidade** | **Pontuação total** |
| Indexados Qualis A1ou A2 | Primeiro autor | 12 pts |  |  |
| Coautoria | 6 pts |  |  |
| Indexados Qualis A3, A4 ou B1 | Primeiro autor | 8 pts |  |  |
| Coautoria | 4 pts |  |  |
| Indexados Qualis B2, B3, -C ou sem qualis | Primeiro autor | 4 pts |  |  |
| Coautoria | 2 pts |  |  |
| **TOTAL DE PONTOS** | | | | |  |

**\* Considerar o Qualis relativo ao quadriênio 2017-2020.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) discente**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**ANEXO V**

**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ACADÊMICO**

**Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Data\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critérios de Avaliação** | **Pontuação** | **Quantidade** | **Total** |
| **Aproveitamento nas disciplinas**\*  **(HISTÓRICO ESCOLAR)**  Soma-se o total atingido e divide-se pela quantidade de disciplinas | Cada disciplina cursada com  NOTAS 9,0 a 10 – 5 pontos |  |  |
| Cada disciplina cursada com  NOTAS 8,0 a 8,9 – 2,5 pontos |  |  |
| Cada disciplina cursada com  NOTAS 7,0 a 7,9 – 0,5 pontos |  |  |
| Total de disciplinas cursadas | |  |  |
| Total de pontos | | |  |
| Número de pontos divididos pelo número de disciplinas cursadas | | **Subtotal 1** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critérios de Avaliação** | **Pontuação** | **Quantidade** | **Total** |
| Coorientação\*\* | TCC (graduação) – 2 pontos |  |  |
| Bancas (titular)\*\* | TCC (graduação) - 1 ponto |  |  |
| Bancas (suplente)\*\* | TCC (graduação) – 0,5 ponto |  |  |
| **Subtotal 2** | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **TOTAL FINAL (subtotal 1 + subtotal 2)** |  |

\* Somente será considerado o que constar no histórico escolar do estudante

\*\* Somente serão aceitos comprovantes com assinatura da comissão de TCC incluindo a data da Banca Examinadora

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do(a) discente**