## ANEXO I

FICHA DE INSCRIÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde

**MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Linha de pesquisa: Assistência integral à saúde e qualidade de vida

Alguma necessidade especial? ( ) Não. ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** | Sexo: |  |
| Filiação | Pai: |
| Mãe: |
| Data de Nascimento | Naturalidade/Estado | Nacionalidade | Estado Civil |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Carteira de Identidade** | **Título de Eleitor** | **CPF** |
| Número | Órgão Expedidor | Número | Zona | Seção | Número |
| **Situação Militar:** | Documento | Número | Categoria | Órgão Expedidor | Data |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço Residencial: | Nº: |
| Ap.nº: | Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: |
| Telefones/contato: | e-mail: |

**FORMAÇÃO ACADÊMICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GRADUAÇÃO** | Curso | Instituição | Concluído em: |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PÓS-GRADUAÇÃO**(mínimo 360 horas) | Nível | Curso | Instituição (SIGLA) | Local | C.H. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**VIDA PROFISSIONAL**

|  |  |
| --- | --- |
| Cargo/Função que exerce: | Carga horária semanal: |
| Instituição: | Setor/Departamento: |
| Local: | Tempo de Serviço: | Início/Exercício: |
| Afastamento do trabalho para cursar? | **( )Sim (x)Não** |
| Afastamento em tempo integral? | **( )Sim (x)Não** |
| Regime de Dedicação: |

Declaro serem verdadeiros os dados acima fornecidos e que estou ciente das informações contidas no EDITAL da Inscrição, Seleção e Matrícula do Programa ao qual estou me candidatando.

Local e Data

(ASSINATURA DO CANDIDATO)

**ANEXO II**

**FICHA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIA**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |

**Cadidato(a): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FÍSICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Amputação ou ausência de membro |  | Paralisia cerebral |
|  | Hemiparesia |  | Paraparesia |
|  | Hemiplegia |  | Postomia |
|  | Membro com deformidade congênita ou adquirida |  | Teraparesia |
|  | Monoparesia |  | Tetraplegia |
|  | Monoplegia |  | Triparesia |
|  | Nanismo |  | Triplegia |
|  | Paraplegia |  |  |

**AUDITIVA**

**Perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis ou mais, auferida por audiograma nas frequências de:**

**( ) 500 Hz ( ) 1000 Hz ( ) 2000 Hz ( ) 3000 Hz**

**Obs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VISUAL**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Cegueira:** Acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. |
|  | **Baixa visão:** Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. |
|  | **Caso nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.** |

**MENTAL:**

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Comunicação  |  | Saúde e segurança |
|  | Cuidado pessoal |  | Habilidades acadêmicas |
|  | Habilidades sociais |  | Lazer |
|  | Utilização de recursos da comunidade |  | Trabalho |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **( )** | **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA** | Associação de duas ou mais deficiências. |
| **( )** | **DEFICIÊNCIA REDUZIDA** | Pessoa que por qualquer motivo, tenha dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção. |
| **( )** | **OUTRAS necessidades especiais** | Indicar o Código Internacional de Doença:**CID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**LOCAL E DATA**

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

**Assinatura do Candidato**

**ANEXO III**

**ROTEIRO PARA A ELABORAÇÃO DO PRÉ-PROJETO DE PESQUISA**

|  |
| --- |
| CANDIDATO(A): |
| E-MAIL: |
| TÍTULO DO PRÉ-PROJETO:  |
| LINHA DE PESQUISA ESCOLHIDA:( ) Linha 1: Investigação laboratorial, pré-clínica e clínica de doenças ( ) Linha 2: Assistência integral à saúde e qualidade de vida( ) Linha 3: Pesquisa, desenvolvimento e inovação tecnológica em saúde |
| PESQUISADOR ORIENTADOR (sugestão de até dois nomes, não obrigatório): 1.2. |
| I. IDENTIFICAÇÃOÁreas relacionadas com o tema da pesquisa (citar ao menos duas áreas, caracterizando a interdisciplinaridade): 1.2.3. |

|  |
| --- |
| LOCAL(IS) ONDE SERÁ(ÃO) REALIZADA(S) A(S) PESQUISA(S): ( ) UEPG ( ) Outro(s) loca(is). Quais?:  |
| II. RESUMO DA PROPOSTA (máximo de 15 linhas) |
| Palavras-chave (de 3 a 5): |
| III. DESCRIÇÃO DO PROJETOINTRODUÇÃO TEÓRICA E PROBLEMATIZAÇÃO (máximo de 01 página): inserir o estado da arte referente ao tema do trabalho.JUSTIFICATIVA DO PROJETO (máximo de 15 linhas): descrever sucintamente a justificativa do trabalho de mestrado.OBJETIVOS (máximo de 15 linhas): apresentar os objetivos gerais e específicos referentes ao trabalho.METODOLOGIA (máximo de 01 página): descrever os métodos experimentais e/ou teóricos que serão utilizados no desenvolvimento do trabalho de mestrado.RESULTADOS ESPERADOS (máximo de 10 linhas).REFERÊNCIAS (máximo de 20 referências e todas devem ser citadas no projeto): Normas da ABNT.CRONOGRAMA (máximo de 01 página): apresentar o cronograma científico dividido em bimestres. |

Assinatura do candidato

**Obs:** Normas para formatação:

Papel tamanho A4, margens 3cm (esquerda), 2cm (direita), 3cm (superior) e 2cm (inferior). Fonte arial, tamanho 11 e espaçamento simples.

.

## ANEXO VI

**CARTA DE AUTODECLARAÇÃO CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA**

## Eu, , abaixo assinado, de nacionalidade , nascido(a) em / / , no município de , Estado , residente e domiciliado(a) na cidade de Estado , com endereço à , número: , Complemento: CEP: , portador(a) da cédula de identidade (RG) nº , expedida em / / , e do CPF declaro que sou PORTADOR(A) DE DEFICIÊNCIA [especificar deficiência]

## Declaro, ainda, estar ciente de que, se for detectada falsidade desta declaração estarei sujeita(o) a penalidades legais.

**Local, data.**

## Assinatura da(o) candidata(o)

**Necessidades especiais para participação nas etapas do Processo Seletivo:**

## ( ) Sim – ESPECIFICAR:

**( ) Não**