|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg**Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas (CCMF)****Campus de Cascavel-PR****Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290** |  |

**ANEXO I - CARTA DE INTENÇÕES PARA DOCENTES EXTERNOS À UNIOESTE**

Cascavel,\_\_/\_\_/\_\_\_\_.

De: Prof. Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para: Prof. Dr. Alexandre Maller – Coordenador do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas

**Assunto: Solicitação de credenciamento como Docente do PCF e declaração de ciência.**

Venho por meio desta, colocar meu nome em apreciação aos membros do Colegiado, para considerarem minha inserção no Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas na(s) linha(s) de pesquisa “**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”**, para a qual proponho a disciplina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acordo com o Plano de Ensino em anexo**.**

Declaro que estou ciente do Edital  **nº 13/2022 - PFC - UNIOESTE** sobre o Processo Seletivo e das Normas de Credenciamento deste Programa.

\*Declaro também que estou ciente de que como docente externo, minha participação junto ao Programa não configurará em nenhuma hipótese e em nenhum tempo, vínculo empregatício junto à UNIOSTE, sendo voluntária minha participação.

Atenciosamente,

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

Nome e Assinatura do Docente

\*Somente para docentes externos à UNIOESTE

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg**Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas (CCMF)****Campus de Cascavel-PR****Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290** |  |

**ANEXO II – FICHA DE INSCRIÇÃO**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Passaporte Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Pessoal completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefone Fixo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição e Departamento onde atua como docente permanente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Endereço Profissional completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefone institucional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Link Currículo Lattes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** Anexar a esta ficha a cópia do passaporte.

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF** **Campus de Cascavel-PR** **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** |  |

**ANEXO III – FICHA DE CREDENCIAMENTO**

****

**RESOLUÇÃO Nº 02/2016**

**FICHA PARA CREDENCIAMENTO DE DOCENTE/PESQUISADOR NO PROGRAMADE PÓS-GRADUAÇÃO**

**EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS – PCF**

***ATENÇÃO: ESTA FICHA PODERÁ SER ALTERADA A QUALQUER MOMENTO PELA COMISSÂO PERMANENTE DE AVALIAÇÃO DOCENTE E COLEGIADO PCF PARA ATENDER OS CRITÉRIOS ATUALIZADOS DO DOCUMENTO DA ÁREA DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS JUNTO A CAPES***

1. **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

|  |
| --- |
| Candidato: |
| Instituição/Campus: |
| Área/ sub-área do Conhecimento em que atua (Segundo CNPq): |
| Nome da disciplina proposta (anexar PLANO DE ENSINO conforme Resolução nº 133/2002-CEPE): |

1. **JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
| Resumir como suas atividades de pesquisa podem contribuir com o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas |
|  |

1. **PRODUÇÃO CIENTÍFICA** (Indicar a quantidade de produções correspondente aos itens dos últimos 04 anos a partir do mês de protocolo do pedido de credenciamento e **considerar para efeito de cálculo mês/ano**)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | **Título do Artigo Científico** | ***Periódico*** | ***DOI ou ISSN*** | ***TOTAL\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\**** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | **Título do Livro** | ***Editora*** | ***ISBN ou DOI*** | ***TOTAL\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\**** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | **Título do Capítulo de Livro** | ***Editora*** | ***ISBN ou DOI*** | ***TOTAL\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\**** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | **Título da Patente** | **Depósito (INPI ou Internacional)** | ***Nº da Licença*** | ***TOTAL\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\**** |  |

***\*Para uso da Comissão de Avaliação.***

1. **PROJETOS DE PESQUISA SOB SUA COORDENAÇÃO SUBMETIDOS/FINANCIADOS POR ORGÃOS DE FOMENTO/EMPRESA\*:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | ***Título do Projeto\**** | ***Submetido para:\*\**** | ***Financiado (sim ou não)*** | ***TOTAL\*\*\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\*\*\**** |  |

***\*Título do projeto do discente, quando for o caso.***

***\*\*Órgão financiador.***

***\*\*\*Para uso da Comissão de Avaliação.***

1. **PROJETOS DE ENSINO NO QUADRIÊNIO (Indicar a quantidade de projetos):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | ***Título do Projeto*** | ***Beneficiário\**** | ***Tipo de Fomento/Agência Financiadora\**** | ***TOTAIS\*\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\*\**** |  |

***\*Caso tenha financiamento.***

***\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.***

1. **PARTICIPAÇÃO DE PROJETOS EM REDE/PROJETOS EM COLABORAÇÃO FORMAIS:**

(pode adicionar parcerias que foram formalizadas entre as Pró-Reitorias das Instituições/ projetos em parceria aprovados por órgãos de fomento/ projetos em parceria aprovados em comitês de ética/ ou parceria comprovada por outro tipo de documento oficial expedido pela instituição ou empresa parceira)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | ***INSTITUIÇÃO/EMPRESA PARCEIRA\**** | ***TÍTULO DO PROJETO/REDE*** | ***DOCENTE COLABORADOR DA INSTUIÇÃO PARCEIRA*** | ***TOTAIS\*\**** |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\*\**** |  |

***\*Nacional ou internacional, pública ou privada. Não adicionar parcerias dentro da própria instituição.***

***\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.***

1. **ORIENTAÇÃO/SUPERVISÃO ACADÊMICA CONCLUÍDA:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo\*** | **Quantidade** | **Bolsa/Financiamento** | ***Atividade\*\**** | ***TOTAIS\*\*\**** |
| **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| ***Estágio*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***PICJR*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***IC*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TCC*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TCR*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***M1*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***D1*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***PNPD*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\*\*\**** |  |

***\*Estágio, conclusão de graduação (TCC), Iniciação Científica (IC), Trabalho de Conclusão de Pós-graduação Lato Sensu (TCR); Dissertação de mestrado (M), Tese de doutorado (D)***

***\*\*Orientação (O), Co-orientação (CO), Supervisão (S); Supervisão no campo (SC).***

***\*\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.***

1. **ORIENTAÇÃO/SUPERVISÃO ACADÊMICA EM ANDAMENTO:**
**(Indicar apenas o ano de início da orientação)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo\*** | **Quantidade** | **Bolsa/Financiamento** | ***Atividade\*\**** | ***TOTAIS\*\*\**** |
| **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| ***Estágio*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***PICJR*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***IC*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TCC*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TCR*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***M1*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***D1*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***PNPD*** |  |  |  |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\*\*\**** |  |

***\*Estágio, conclusão de graduação (TCC), Iniciação Científica (IC), Trabalho de Conclusão de Pós-graduação Lato Sensu (TCR); Dissertação de mestrado (M), Tese de doutorado (D)***

***\*\*Orientação (O), Co-orientação (CO), Supervisão (S); Supervisão no campo (SC).***

***\*\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.***

1. **AULAS MINISTRADAS NA GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Ano*** | ***GRADUAÇÃO******(título da disciplina/curso)*** | ***PÓS-GRADUAÇÃO******(título da disciplina/nome do programa de pós)*** |
| 2017 |  |  |
| 2018 |  |  |
| 2019 |  |  |
| 2020 |  |  |

1. **ATIVIDADES DE INSERÇÃO SOCIAL REALIZADAS NO QUADRIÊNIO (Como coordenador ou membro da equipe de organização):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ano*** | ***Eventos Organizados\* como Coordenador ou na Comissão Organizadora*** | ***Curso Ministrado\*\**** | ***Projetos de Extensão\*\*\*******(Título)*** | ***TOTAL\*\*\*\****  |
| 2017 |  |  |  |  |
| 2018 |  |  |  |  |
| 2019 |  |  |  |  |
| 2020 |  |  |  |  |
| ***TOTAL GERAL\*\*\*\**** |  |

***\*Colocar o nome do evento, o caráter entre parênteses: Local (L); Regional (R); Nacional (N); Internacional (I), e o público alvo (acadêmico, profissional, comunidade...).***

***\*\*Colocar o título do curso, a carga horária entre parênteses e o público alvo (acadêmico, profissional, comunidade...). Não adicionar Palestras.***

***\*\*\*Desconsiderar eventos.***

***\*\*\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.***

1. **AVALIAÇÃO FINAL** (PARA USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO)
	1. A produção docente atende aos critérios estabelecidos no documento do Comitê de área da CAPES?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. A atuação (orientações, parcerias...) docente apresenta periodicidade?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. A produção docente apresenta periodicidade?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. O docente apresenta capacidade de orientação de estudantes em nível de mestrado?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. O docente apresenta inserção social?

( ) SIM ( ) NÃO

* 1. A Comissão recomenda o credenciamento do docente junto ao PCF?

( ) SIM ( ) NÃO

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF** **Campus de Cascavel-PR** **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** |  |

**ANEXO IV - PLANO DE ENSINO**

(Anexo da Resolução nº 133/2003-CEPE)

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**PLANO DE ENSINO** - PERÍODO LETIVO/ANO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Programa:

Área de Concentração:

Mestrado ( ) Doutorado ( )

Centro:

Campus:

**DISCIPLINA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Código | Nome | Carga horária |
| AT1 | AP2 | Total |
|  |  |  |  |  |

 (1 Aula Teórica; 2 Aula Prática)

**EMENTA**

|  |
| --- |
|  |

**OBJETIVOS**

|  |
| --- |
|  |

**CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

|  |
| --- |
|  |

**ATIVIDADES PRÁTICAS – GRUPOS DE \_\_\_ ALUNOS**

|  |
| --- |
|  |

**METODOLOGIA**

|  |
| --- |
|  |

**AVALIAÇÃO (CRITÉRIOS, MECANISMOS, INSTRUMENTOS E PERIODICIDADE)**

|  |
| --- |
|  |

**BIBLIOGRAFIA BÁSICA**

|  |
| --- |
|  |

**BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR**

|  |
| --- |
|  |

**DOCENTE**

|  |
| --- |
|  |

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

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

Assinatura do docente responsável pela disciplina

**Colegiado do Programa** (Aprovação)

|  |
| --- |
| Ata nº \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_. Coordenador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (assinatura) |

**Conselho de Centro** (homologação)

|  |
| --- |
| Ata nº \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_. Diretor de Centro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (assinatura) |

Encaminhada cópia à Secretaria Acadêmica em:\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome/assinatura)

|  |  |
| --- | --- |
| Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg **Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF** **Campus de Cascavel-PR** **Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.** |  |

**ANEXO V – CARTA DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DE DEPARTAMENTO/CENTRO**

(Para docentes EXTERNOS à UNIOESTE)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Local) ,\_\_/\_\_/\_\_\_\_.

De: Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diretor(a) do Centro/Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para: Prof. Dr. Alexandre Maller – Coordenador do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas

**Assunto: Ciência e Concordância**

 Venho por meio desta, manifestar que a Direção do Departamento/Centro
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está ciente que o(a) docente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ está se apresentando para o Processo Seletivo Docente junto ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas da UNIOESTE de Cascavel/PR e está e de acordo com sua participação como docente no Programa, caso o mesmo seja selecionado neste Processo**.**

Atenciosamente,

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

Nome e Assinatura do Diretor(a)