



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde
Centro de Ciências da Saúde-CCS
Campus de Francisco Beltrão-PR
Rodovia Vitério Traiano - Km 02 - Contorno Leste
Bairro Água Branca, CEP: 85601-970

EDITAL Nº 005/2024 - PPGCAS

Resultado do Processo de Seleção de Bolsistas do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *campus* de Francisco Beltrão, com área de concentração em Ciências da Saúde.

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde – Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *campus* de Francisco Beltrão, no uso das atribuições estatutárias e regimentais;

Considerando a Resolução no 146/2023-CEPE, de 29 de junho de 2023, que aprova normas gerais para os Programas de Pós-graduação da UNIOESTE;

Considerando a Resolução nº 191/2021-CEPE de 16/09/2021 que aprova alterações do Regulamento do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (PPGCAS) – Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, *campus* de Francisco Beltrão;

Considerando a Portaria CAPES nº 133, de 10 de julho de 2023, que regulamenta o acúmulo de bolsas de mestrado, doutorado e pós-doutorado concedidas pela CAPES no País com atividade remunerada ou outros rendimentos;

Considerando a Comissão de Bolsas aprovada no Colegiado do PPGCAS, em reunião realizada em 24 de agosto de 2023, lavrada em Ata 004/2023, que definiu os critérios para o processo de seleção.

Considerando o Edital nº004/2024-PPGCAS de 07 de março de 2024, que trata da Abertura das inscrições para Seleção dos Bolsistas 2024;

TORNA PÚBLICO:

Art. 1º O resultado do Processo de Seleção para Bolsistas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde (PPGCAS) – Mestrado, conforme segue:

Candidatos Turma 2024	Nota final obtida conforme critérios estabelecidos no Edital nº004/2024 PPGCAS	Classificação
Edina Cassiane Padilha	86,86	1º
Karen Cristine Silva de Oliveira	86,73	2º
Marina Rayciki Sotomayor	85,46	3º
Mariana Feldberg Silvestro	85,00	4º
Kamila Berticelli Chaves da Silva	84,06	5º
Alessandra Schneider	74,71	6º
Gabriela Velho	60,06	7º
Bruna Zanôn Linke	-	Desclassificada não atendem o Artigo 3º número , comprovação do vínculo e Artigo 5º letra b) do Edital nº 004/2024-PPGCAS
Candidatos Turma 2023	Nota final obtida conforme critérios estabelecidos no Edital nº004/2024 PPGCAS	Classificação
Carolina Coradi	87,26	8º
Danieli Aparecida Resner	87,14	9º
Sidimara Camargo da Silveira Freitas	84,10	10º
Flavia Luzia de Oliveira	-	Desclassificada não atendem o Artigo 5º letra b) do Edital nº 004/2024-PPGCAS.

Art. 2º A concessão de Bolsas seguirá a ordem de classificação dos candidatos e estará sujeita a disponibilidade de bolsas destinadas ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde-PPGCAS, pela CAPES-Demanda Social, CNPq, Fundação Araucária ou outros órgãos de fomento.

Art. 3º A duração da bolsa de estudos será de 12 meses, podendo ser renovada por mais 12 meses.

Art. 4º Considerando a distribuição de bolsas Demanda Social da CAPES os candidatos classificados entre o 1º e o 6º lugar no Processo de Seleção para bolsistas do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, conforme Art. 1º deste edital está convocado a comparecer na Secretaria do Programa no dia 11/03/2024 das 08h30min às 15h00min, para entrega da documentação abaixo listada:

- a) Formulário de Cadastro de Bolsista (preencher na secretaria do Programa);
- b) Termo de Compromisso, devidamente assinado pelo Bolsista e com assinatura pelo gov.br (conforme anexo I deste Edital);
- c) Cópia Certidão de nascimento ou casamento;
- d) Cópia de RG, CPF e Título de Eleitor;
- e) Cópia do Diploma de Graduação e Histórico;
- f) Cópia Currículo Lattes;
- g) Cópia do Cartão do Banco conta corrente de qualquer banco, em nome do candidato e estar ativa, permitindo depósito maior que R\$1000,00;
- h) Em caso de acúmulo de bolsa e vínculo entregar a Declaração de acúmulo (conforme anexo II deste Edital).

Art. 5º O não comparecimento na data estipulado, ou na falta de documentação exigida implica na desistência da Bolsa.

Francisco Beltrão, 08 de março de 2024.

Ana Paula Vieira

Profª Dra. Ana Paula Vieira
Coordenadora do Programa de Pós-graduação em
Ciências Aplicadas à Saúde-Mestrado
Portaria nº 0408/2023-GRE



Anexo I

TERMO DE COMPROMISSO Programa Demanda Social - DS

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno (a) devidamente matriculado (a) na Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade _____ no Programa de Pós-Graduação _____ sob o número de matrícula _____, em nível de _____, tenho ciência das obrigações inerentes à qualidade de beneficiário de bolsa, conforme regulamento vigente do Programa de Demanda Social – DS, anexo à Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010, e da Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, e nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;*
- II – comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela instituição promotora do curso;*
- III – realizar estágio de docência de acordo com o estabelecido no art. 18 do regulamento vigente;*
- VI – ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela Instituição de Ensino Superior em que realiza o curso;*
- V – apresentar Declaração de Acúmulo para informar eventuais, bolsas, vínculos empregatícios ou outros rendimentos e obter autorização da Instituição de Ensino Superior ou do Programa de Pós-Graduação, antes do início da vigência da bolsa;*
- VI- informar à coordenação do Programa de Pós-Graduação, por meio de Declaração de Acúmulo, qualquer alteração referente a acúmulos de bolsas, vínculos empregatícios ou outros rendimentos, para fins de atualização das informações na plataforma de concessão e acompanhamento de bolsas;*
- VII – não acumular bolsa de mestrado e doutorado no País com outras bolsas, nacionais e internacionais, de mesmo nível, financiadas com recursos públicos federais;*
- VIII – citar a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES em trabalhos produzidos e publicados em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela referida Fundação, conforme art. 1º da Portaria nº 206, de 4 de setembro de 2018;*
- IX – assumir a obrigação de restituir os valores despendidos com bolsa, na hipótese de interrupção do estudo, salvo se motivada por caso fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada.*

A inobservância das cláusulas citadas acima, ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, atualizados de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de 5 (cinco) anos, contados do conhecimento do fato.

Local e data: _____

Assinatura do(a) beneficiário(a) da bolsa: _____

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação

Carimbo e assinatura



Anexo II

DECLARAÇÃO DE ACÚMULOS

Declaro, para os devidos fins, que eu, _____, CPF _____, aluno (a) _____ devidamente matriculado (a) _____ da Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade _____ no Programa de Pós-Graduação _____ sob o número de matrícula _____, em nível de _____, em atenção à Portaria nº 133, de 10 de julho de 2023, informo que possuo vínculo empregatício ou outros rendimentos, conforme declarado abaixo:

Cadastramento de bolsa Atualização de bolsa Processo SCBA nº _____

1- Atividades Remuneradas:

Tipo de Vínculo 1				
<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/> Regime Jurídico Único	<input type="checkbox"/> Temporário Lei 6.019/74	<input type="checkbox"/> Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98
Início da Atividade:		Fim da Atividade:		
Seção CNAE*:		Divisão CNAE*:		

Tipo de Vínculo 2				
<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/> Regime Jurídico Único	<input type="checkbox"/> Temporário Lei 6.019/74	<input type="checkbox"/> Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98
Início da Atividade:		Fim da Atividade:		
Seção CNAE*:		Divisão CNAE*:		

Tipo de Vínculo 3				
<input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/> Regime Jurídico Único	<input type="checkbox"/> Temporário Lei 6.019/74	<input type="checkbox"/> Contrato por prazo determinado Lei 9.601/98
Início da Atividade:		Fim da Atividade:		
Seção CNAE*:		Divisão CNAE*:		

* Utilizar nº CNAE anexo

2- Outros Rendimentos

Informar os outros rendimentos que possui:			
1-			
Início da Atividade:		Fim da Atividade:	
2-			
Início da Atividade:		Fim da Atividade:	
3-			

Início da Atividade:		Fim da Atividade:	
----------------------	--	-------------------	--

3- Bolsas Declaratórias

- Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos públicos federais?
 Sim **Não**
- Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, cuja legislação vigente vede expressamente o acúmulo?
 Sim **Não**
- Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, de mesmo nível, financiada com recursos não federais?
 Sim **Não**
- Acumulará essa bolsa Capes com outra bolsa, nacional ou internacional, que não seja de mesmo nível?
 Sim **Não**

Local e data: _____

Assinatura do(a) beneficiário(a): _____

Os acúmulos registrados acima estão de acordo com os critérios de acúmulo previstos no regulamento da Instituição de ensino e pesquisa ou PPG.

Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação

Carimbo e assinatura