



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

**EDITAL Nº 05/2020 - CONVOCAÇÃO DE CLASSIFICADOS DO PROCESSO
SELETIVO PARA O MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA TURMA 2020**

O Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES), em caráter excepcional, diante da Pandemia do COVID-19, convoca as candidatas aprovadas na condição de suplentes no Edital PPGSC 04/2019 (Processo Seletivo para o Mestrado em Saúde Coletiva Turma 2020), a fim de serem matriculadas no curso de mestrado, para ocuparem bolsas destinadas pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), como estratégia do Governo Federal no enfrentamento da pandemia vigente.

Os convocados neste Edital devem enviar, por e-mail (ppgsc.ufes@gmail.com), toda documentação comprobatória para matrícula e os documentos para implementação da Bolsa CAPES COVID-19 até o dia 06/05/2020.

Conforme caráter excepcional - Pandemia de COVID-19 -, aprovado em reunião de colegiado do PPGSC/UFES em 17/04/2020, só serão matriculados no curso de mestrado, candidatos que atenderem todas as condições satisfatórias para implementação da bolsa CAPES COVID-19.

Ficam convocadas:

Candidata	Área de concentração	Colocação
Lorena Evangelista Santos	Política e Gestão	3ª Suplente
Patricia Hulle	Política e Gestão	4ª Suplente
Elaine Maria Ribeiro Demuner	Política e Gestão	5ª Suplente



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

Lista de documentação para matrícula (enviar digitalizada para o e-mail):

1. Documento de identidade oficial;
2. CPF;
3. Certidão de nascimento ou casamento;
4. Diploma de graduação ou Declaração de conclusão da graduação;
5. Histórico escolar final da graduação;
6. Formulário de matrícula (anexo I).

Lista de documentação para implementação da Bolsa CAPES COVID-19:

1. Formulário de Cadastramento de Bolsista (anexo II);
2. Termo de Compromisso (anexo III);
3. Dados de conta corrente no Banco do Brasil (números da agência e da conta).

Vitória, 30 de abril de 2020.

Edson Theodoro dos Santos Neto

**Prof. Dr. Edson Theodoro dos Santos Neto
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva – CCS – UFES**

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UFES
Campus de Maruípe - Av. Marechal Campos 1468
Bairro Maruípe - Vitória / ES - CEP. 29040-090
Telefax - 3335-7287



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA NO CURSO

Nome:		
Curso:		
DADOS PESSOAIS		
Data de Nascimento:	Naturalidade:	
Etnia/Cor:	PCD: () Sim () Não	
DOCUMENTOS		
CPF/Passaporte:	Identidade:	UF:
Data de Emissão:	Órgão Emissor:	
CONTATO		
Endereço:		
Complemento:		
CEP:	Bairro:	
Cidade:		
Telefone:	E-mail:	
DADOS ACADÊMICOS		
Maior título:	Local de Obtenção:	
Ano de obtenção:	Data da Colação de Grau:	

Termo de Compromisso

Eu, _____, declaro estar disponível para participar em horário integral das atividades discentes do Curso _____, sob pena de cancelamento da minha matrícula no referido Programa.

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

Vitória, ____ de _____ de _____

Aluno(a)

Programa de Demanda Social Cadastramento de bolsista



Coordenação de
Aperfeiçoamento de
Pessoal de
Nível Superior

Instituição de
Ensino Superior: Universidade Federal do Espírito Santo
Código: 30001013

Programa: Saúde Coletiva Código: 30001013018P1

Nível: Mestrado Doutorado Quota da Pró-Reitoria

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Sexo: Masculino Feminino

Nacionalidade: Brasileiro Estrangeiro CPF nº _____

Se estrangeiro: Visto permanente: Sim Não Passaporte nº: _____ País: _____

Possui vínculo empregatício? Sim Não

Se possui: Tipo de empregador: IES no país IES no exterior Empresa

Empregador: _____

Tipo de afastamento: Integral Parcial Não informado

Categoria Funcional: Docente Não docente Situação salarial: C/salário S/salário

Tempo global de serviço: _____ anos e _____ meses em (mês/ano)

Maior nível de titulação obtido: _____ Ano de titulação: _____

IES de titulação: _____
País: _____

Área de titulação: _____ (ver tabela da CAPES)

Banco: _____ nº _____

Agência: _____ nº _____ Conta corrente nº _____

Ingresso do bolsista no curso: (mês/ano) 03/2020 Início da bolsa: (mês/ano) 03/2020

Tempo concedido pela IES: (em meses) 24

Duração máxima permitida pela CAPES:

Mestrado / 24 meses Doutorado / 48 meses Mudança de nível / 54 meses

Bolsas anteriores

Agência financiadora	Nível	Início (mês/ano)	Término (mês/ano)

Assinatura do Presidente
da Comissão de Bolsas _____ Data _____

Assinatura do bolsista _____ Data _____

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para os devidos fins, que eu,

____, CPF _____, aluno (a) devidamente matriculado (a) da Universidade/Fundação/Instituto/Associação/Escola/Faculdade _____ no Curso/Área _____ 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 nesse sentido, COMPROMETO-ME a respeitar as seguintes cláusulas:

- I – dedicar-me integralmente às atividades do Programa de Pós-Graduação;
- II – quando possuir vínculo empregatício, estar liberado das atividades profissionais e sem percepção de vencimentos;
- III – comprovar desempenho acadêmico satisfatório, consoante às normas definidas pela instituição promotora do curso;
- IV – não possuir qualquer relação de trabalho com a instituição promotora do Programa de Pós-Graduação;
- V – realizar estágio de docência de acordo com o estabelecido no art. 18 do regulamento vigente;
- VI – não ser aluno em programa de residência médica;
- VII – ser classificado no processo seletivo especialmente instaurado pela Instituição de Ensino Superior em que realiza o curso;
- VIII - não acumular a percepção da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa da CAPES, de outra agência de fomento pública, nacional ou internacional, ou empresa pública ou privada, exceto nas situações das alíneas a, b e c do inciso XI, do art. 9º do regulamento vigente.
- 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, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) beneficiário, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, 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.

Assinatura do(a) beneficiário (de bolsa ou taxa): _____

Local e data: _____

<p>Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação</p> <p>_____</p> <p>Carimbo e assinatura</p>	<p>Representante da Comissão de Bolsas DS/Capes</p> <p>_____</p> <p>Nome e assinatura</p>
--	--