



Programa de Pós-Graduação

Multicêntrico em Ciências Fisiológicas

www.propeg.uern.br/ppgmcf

ANEXO I
FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE SELEÇÃO

1. DADOS PESSOAIS			
Nome Completo:			
RG:		CPF:	
E-mail (s):			
Telefone (s):	()	()	
Endereço:			
Graduação:			
Instituição:		Ano:	
2. INSCRIÇÃO PARA:			
Mestrado ()		Doutorado ()	
Linha de pesquisa:			
Orientador pretendido:			
Título do Projeto:			
Vaga para cota:			

Mossoró-RN, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do candidato



ANEXO II
CRITÉRIOS AVALIADOS NA PROVA DE TÍTULOS - PERÍODO DE ANÁLISE PARA
PRODUÇÃO INTELECTUAL: ÚLTIMOS 03 (TRÊS) ANOS (2023 – 2025)

ITEM		PONTUAÇÃO DO ITEM	PONTUAÇÃO DO CANDIDATO
1. FORMAÇÃO ACADÊMICA (será pontuada a formação de maior titulação e uma única vez)			
Doutorado		50	
Mestrado	Em ciências fisiológicas	40	
	Em área correlata	30	
Residência Profissional (mínimo de 5.000 horas)	Na área da saúde	20	
	Na área correlata	15	
Especialização (mínimo de carga-horária=360h)	Na área da saúde	10	
	Na área correlata	08	
Aperfeiçoamento (mínimo de carga-horária=180h)	Na área da saúde	05	
	Na área correlata	2,5	
2. PRODUÇÃO CIENTÍFICA Trabalhos Completos Publicados em Periódicos Indexados tomando como referência para classificação o estrato mais atual Qualis da Área da Ciências Biológicas II na CAPES e o JCR de 2017)			
A1		50	
A2		40	
A3		35	
A4		30	
B1		25	
B2		20	
B3		15	
B4 (Máximo 5)		10	
C Não indexadas nas bases de dados. (Máximo 5)		5	
Resumos publicados em periódicos indexados Internacional	Internacional (Máximo 5 resumos)	1,0	
	Nacional (Máximo 5 resumos)	0,5	
	Local (Máximo 5 resumos)	0,25	
Trabalho/Resumo publicados em anais de eventos	Internacional (Máximo 5 resumos)	1,0	
	Nacional (Máximo 5 resumos)	0,5	
	Regional, Estadual ou Local (Máximo 5 resumos)	0,25	
Livro com ISBN – Máximo 4		3,5	
Capítulo de livro com ISBN – Máximo 4		1,0	

Patente depositada – máximo 4		20	
Patente registrada – máximo 4		50	
3. ATIVIDADE ACADÊMICA			
INICIAÇÃO CIENTÍFICA: IC/CNPq, PIBIC, PIBID, PIVIC, ITI (declaração da pró-reitoria responsável ou agência de fomento - máximo 6 semestres)		1,0 semestre	
Ensino de graduação e pós-graduação – máximo 6 semestres	Área de fisiologia	1,0 por semestre	
	Área correlata	0,5 por semestre	
Monitoria em disciplina da graduação – máximo 6 semestres		0,5 por semestre	
PET – máximo de 6 semestres		0,5 por semestre	
Projeto de extensão (declaração da pró-reitoria ou órgão equivalente – máximo 3 projetos)	Coordenador	1,0	
	Participante	0,5 por semestre	
Orientação de TCC – máximo 5 orientações		2,0	
Participação em banca de TCC – máximo 5 bancas		1,0	
Premiação relacionado a atividade de ciência e tecnologia - máximo 5		2,0	
TOTAL			



REQUERIMENTO DE RECONSIDERAÇÃO/RECURSO

Eu, _____, CPF
número _____, venho nesta data solicitar revisão do resultado da
prova _____, referente ao Edital 006/2025-PPGMCF da
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE. Segue a fundamentação
deste pedido: (descreva a base do seu recurso utilizando as resoluções pertinentes desta
Universidade):



AUTODECLARAÇÃO ÉTNICO-RACIAL

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____ e RG nº. _____, órgão expedidor _____, DECLARO para o fim específico de concorrência ao sistema de cotas, modalidade de vaga reservada para pessoas pretas, pardas e indígenas no Processo Seletivo do Programa de Pós-Graduação Multicêntrico em Ciências Fisiológicas da UERN, que sou () preto ou () pardo ou () indígena: _____

Informar comunidade indígena

Declaro que estou ciente que, para finalidade de concorrência pelo Sistema de cotas do PPGMCF/UERN, em conformidade com RESOLUÇÃO N.º 073/2020 – CONSEPE, considera-se preto ou pardo, o candidato que assim se declare e que possua cor de pele preta ou parda com traços fenotípicos que o identifique como pertencente ao grupo étnico-racial negro, desconsiderando o genótipo, ou seja sua ascendência (pai, mãe, avó etc). Declaro também estar ciente que se for comprovada falsidade desta declaração, estarei sujeito às penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, bem como a classificação será tornada sem efeito, o que implicará em cancelamento da opção para as vagas direcionadas às ações afirmativas, além de perder o direito à vaga

Mossoró-RN, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato

*O Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal - Falsidade ideológica: Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer

inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Art. 171 - Crime de Estelionato: Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento: Pena- reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa



Eu, _____, CPF nº _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, órgão expedidor _____, declaro para o fim específico de atender ao EDITAL DE SELEÇÃO PARA INGRESSO NO CURSO DE MESTRADO E DOUTORADO NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MULTICÊNTRICO EM CIÊNCIAS FISIOLÓGICAS da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, pessoa portador(a) de deficiência, nos termos do art. 4º do Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Estou ciente de que, se for detectada falsidade desta declaração, estarei sujeito(a) às penalidades legais.

[illegible]

*O Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940 - Código Penal - Falsidade ideológica: Art. 299: omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Art. 171 - Crime de Estelionato: Obter, para si ou para outrem, vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil, ou qualquer outro meio fraudulento: Pena- reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa



Programa de Pós-Graduação
Multicêntrico em Ciências Fisiológicas

www.propeg.uern.br/ppgmcf

PORTARIA 002/2025 – PPGMCF/ UERN

Institui Comissão para realizar os trabalhos
relativos ao Processo Seletivo para alunos
regulares 2026 do PPGMCF

O Coordenador do Programa de Pós-Graduação Multicêntrico em Ciências Fisiológicas da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, no uso de suas atribuições,

CONSIDERANDO a necessidade de instituir comissão para realizar os trabalhos relativos ao Processo Seletivo para alunos regulares 2026 do PPGMCF;

RESOLVE:

Art. 1º - Designar os professores Fausto Pierdoná Guzen, Lucídio Clebeson de Oliveira e José Rodolfo Lopes de Paiva Cavalcanti, para constituir a comissão do processo seletivo para alunos regulares 2026 do PPGMCF;

Art. 2º - A Comissão será presidida pelo Professor Fausto Pierdoná Guzen;

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor nesta data.

Mossoró-RN, 01 de Dezembro de 2025.

Prof. Dr. Fausto Pierdoná Guzen

Coordenador do PPGMCF/UERN

Portaria N°1796/2025-GP/FUERN



Programa de Pós-Graduação

Multicêntrico em Ciências Fisiológicas

www.propeg.uern.br/ppgmcf

REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS

Este formulário destina-se aos candidatos que necessitam de condições especiais para a realização das provas dos processos seletivos e/ou concursos realizado pelo PPGMCF/UERN.

PREENCHA CORRETAMENTE AS INFORMAÇÕES, A SEGUIR, PARA QUE POSSAMOS ATENDÊ-LO(A) EM SUA NECESSIDADE DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

Eu, _____,
candidato(a) do Edital _____, portador(a) do
documento de identificação nº _____, órgão
expedidor: _____ CPF: _____
Telefone(s) _____ venho requerer a
V.S^a atendimento especial para realizar as provas, conforme as informações
prestadas a seguir.

_____, ____/____/____

Local data Assinatura do(a) candidato(a)

ASSINALE O MOTIVO DO REQUERIMENTO:

1. CANDIDATO(a) COM DEFICIÊNCIA: Auditiva () Física () Paralisia Cerebral
() Mental () Visual () Outro tipo de deficiência () Especificar qual

2. AMAMENTAÇÃO ()

3. DISLEXIA ()

4. TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ()

5. OUTROS MOTIVOS

Candidato(a) temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado, outro caso) Acidente () Pós-cirúrgico () Acometido por doença () Especificar qual _____ Outro caso () Especificar qual _____

CONDIÇÕES ESPECIAIS:

1. CANDIDATO(A) COM DEFICIÊNCIA:

1.1 VISUAL Total (cego) () Subnormal (parcial) ()

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

Circule os recursos necessários para realização da prova: a) para cegos – leitor; b) para visão subnormal – leitor, prova ampliada.

Caso necessite de prova ampliada, indique o tamanho da fonte. Observe os exemplos abaixo. Tamanho 14 () Tamanho 16 () Tamanho 18 ()

NOTA: A prova para os candidatos com deficiência visual total será lida e registrada por um profissional capacitado. Para a maior segurança do(a) candidato(a), todos os procedimentos e explicações verbais feitos durante a realização da prova serão registrados por meio de filmagem.

Caso seja necessário, a prova para os candidatos com visão subnormal será lida e registrada por um profissional capacitado. Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias para realização da prova:

1.2 AUDITIVA

a) Deficiência auditiva () Total () Parcial

b) Faz uso de aparelho? () Sim () Não

c) Surdo oralizado? () Sim () Não

d) Surdo não oralizado? () Sim () Não

e) Necessita de intérprete? () Sim () Não

f) Necessita de tempo adicional? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.
Importante:

1.3 FÍSICA

Parte do corpo: Membro superior (braços/mãos) () Membro inferior (pernas/pés)
() Outra parte do corpo. Especificar
qual _____ Necessita
de tempo adicional? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico
Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de
resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico

Utiliza algum aparelho para locomoção? () Sim. Especificar
_____ () Não

Necessita de mobiliário especial para realização das provas? () Sim () Não –

Circule o(s) objeto (s) necessário (s) para realização da prova: cama, poltrona,
mesa espaçosa, cadeira confortável, prancheta.

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:

1.4 OUTROS TIPOS DE DEFICIÊNCIA

Deficiência: _____

Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de
resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.
Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias:

2. AMAMENTAÇÃO Nome completo do(a) acompanhante do(a) bebê:

N. do documento de identificação _____, Órgão
expedidor _____.

A candidata que estiver amamentando, além de solicitar atendimento especial
para tal fim, deverá encaminhar cópia da certidão de nascimento da criança,
durante o período de inscrição. Além disso, deverá anexar este Requerimento

devidamente preenchido, cópia legível do documento de identificação do(a) acompanhante. O(a) acompanhante somente terá acesso ao local de prova mediante a apresentação do documento de identificação original.

3. DISLEXIA Necessita de tempo adicional? Sim () Não ()

Necessita de um fiscal para auxílio na leitura do enunciado das questões? ()
Sim () Não

Necessita de um fiscal para preenchimento do cartão-resposta ou folha de resposta? () Sim () Não

Caso tenha respondido SIM, anexe a este requerimento o laudo médico.

4. TDAH Necessita de tempo adicional? Sim () Não () Necessita de local de prova com menos candidatos? Sim () Não ()

Caso tenha respondido SIM, anexe a esse Requerimento, ALÉM DO RELATÓRIO MÉDICO, LAUDO PSICOLÓGICO.

5. OUTROS MOTIVOS

Candidato temporariamente com problemas graves de saúde (acidentado, operado e outros), registre, a seguir, o tipo/doença e as condições necessárias para realização da prova: Acidente () Pós-cirúrgico () Acometido por doença () Especificar qual _____ Outro caso () Especificar qual _____

Registre, se for o caso, outras condições especiais necessárias para realização da prova: Observação: anexar a este requerimento o laudo médico.