



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF  
Campus de Cascavel-PR  
Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.



## EDITAL nº 10/2020 - PFC - UNIOESTE - ABERTURA DO PROCESSO SELETIVO DE DOCENTES PARA FINS DE CREDENCIAMENTO NO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas da UNIOESTE, nível de Mestrado - PCF-UNIOESTE, do Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF, no uso de suas atribuições estatutárias e regimentais;

Considerando a Resolução nº 078/2016-CEPE, de 02 de junho de 2016, que aprovou as Normas Gerais para os Programas de Pós-graduação *stricto sensu* da UNIOESTE;

Considerando a Resolução nº 02/2016-CEPE, de 25 de novembro de 2016, que define as Normas de Avaliação de Docentes para Fins de Credenciamento, Descredenciamento e Permanência no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Farmacêuticas da UNIOESTE, nível de Mestrado - PCF-UNIOESTE;

TORNA PÚBLICO:

1. No período de **24 de agosto a 21 de setembro de 2020** estarão abertas as **INSCRIÇÕES** para seleção de novos docentes para o Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UNIOESTE, nível Mestrado, com Área de Concentração em **Ciências Farmacêuticas**, para as seguintes Linhas de Pesquisa: a) **Prospecção de Microrganismos e Substâncias Bioativas com Aplicações em Saúde**; e b) **Fármacos e Medicamentos**;

### 2. CALENDÁRIO DO PROCESSO SELETIVO:

- **24 de agosto**: publicação do edital de abertura das inscrições para o Processo Seletivo disponível no site do Programa: <https://www5.unioeste.br/portalunioeste/pos/ppgcf/>

- **24 de agosto:** início do recebimento das inscrições por e-mail;
- **21 de setembro:** encerramento das inscrições. Não serão aceitas inscrições após esta data;
- **25 de setembro:** avaliação das propostas encaminhadas;
- **28 de setembro:** resultado da avaliação das propostas encaminhadas;
- **02 de outubro:** resultado do Processo Seletivo a ser publicado pelo site do Programa: <https://www5.unioeste.br/portalunioeste/pos/ppgcf/> na página “EDITAIS”;
- **06 de outubro:** prazo para envio de recursos para o e-mail do programa;
- **09 de outubro:** julgamento dos recursos e divulgação do resultado final do Processo Seletivo a ser publicado pelo site do Programa: <https://www5.unioeste.br/portalunioeste/pos/ppgcf/> na página “EDITAIS”;
- **16 de outubro:** homologação dos novos docentes junto ao Colegiado do PCF.

3. Poderão concorrer doutores do quadro permanente de docentes da UNIOESTE ou de outras instituições de ensino sediadas no território nacional, com produção científica compatível àquela exigida pela CAPES, de acordo com Documento da área de Farmácia, disponível na página do Programa.
4. As inscrições deverão ser realizadas via e-mail para o endereço [cascavel.pcf@unioeste.br](mailto:cascavel.pcf@unioeste.br). O título/assunto do e-mail de inscrição deverá ser: INSCRIÇÃO CREDENCIAMENTO DOCENTE – NOME DO CANDIDATO.
5. O candidato deverá anexar ao e-mail de inscrição todos os documentos listados abaixo, no formato PDF, em arquivos individuais, exatamente na ordem a seguir:
  - Carta de intenções e de concordância (ANEXO I). Este arquivo deverá ser nomeado como: **ANEXO I - Nome do candidato;**
  - Ficha de inscrição (ANEXO II) com cópia dos documentos pessoais (RG e CPF). Este arquivo deverá ser nomeado como: **ANEXO II - Nome do candidato;**
  - Ficha de credenciamento (Anexo III da Resolução nº 02/2016) devidamente preenchida (ANEXO III). Este arquivo deverá ser nomeado como: **ANEXO III - Nome do candidato;**
  - Proposta de Plano de Ensino da disciplina a ser ministrada no PCF com carga horária mínima de 30h/a e máxima de 60h/a, conforme Resolução nº 133/2003-CEPE, disponível na página do PCF e da PRPPG (ANEXO IV). Este arquivo deverá ser nomeado como: **ANEXO IV - Nome do candidato;**
  - Professores da UNIOESTE deverão apresentar declaração de ciência e concordância da participação do docente no Programa, emitida e assinada pela Direção de Centro afeto ao candidato (ANEXO V). Este arquivo deverá ser nomeado como: **ANEXO V - Nome do candidato;**
  - Professores externos à UNIOESTE deverão apresentar declaração de ciência e concordância da participação do docente no Programa, emitida e assinada pelo diretor de Centro/Departamento da instituição de origem (ANEXO VI). Este arquivo deverá ser nomeado como: **ANEXO VI - Nome do candidato.**
  - Cópia do *Curriculum Lattes* atualizado. Este arquivo deverá ser nomeado como: **Currículo - Nome do candidato.**

6. A documentação requisitada deverá ser anexada ao e-mail de inscrição e não serão aceitas documentações entregues fisicamente, seja pessoalmente, pelos Correios, pelo protocolo da Universidade ou por qualquer outra via.
7. Os e-mails recebidos após o encerramento do prazo de inscrição serão descartados.
8. Dúvidas e maiores informações podem ser esclarecidas pelo e-mail [cascavel.pcf@unioeste.br](mailto:cascavel.pcf@unioeste.br).

Publique-se!

Cascavel, 21 de agosto de 2020.



**Prof. Dr. Alexandre Maller**

Coordenador

*Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas - UNIOESTE*  
*Portaria nº 1713/2019-GRE*

## ANEXO Ia - CARTA DE INTENÇÕES PARA DOCENTES DA 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 10/2020 - PFC - UNIOESTE sobre o Processo Seletivo e das Normas de Credenciamento deste Programa.

Atenciosamente,

---

Nome e Assinatura do Docente

## ANEXO Ib - 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 10/2020 - 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 UNIOESTE, sendo voluntária minha participação.

Atenciosamente,

---

Nome e Assinatura do Docente

**\*Somente para docentes externos à UNIOESTE**

## ANEXO II – FICHA DE INSCRIÇÃO

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

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço Pessoal completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

Link Currículo Lattes: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÃO:** Anexar a esta ficha a cópia do RG e CPF.



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

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 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS – PCF

ATENÇÃO: ESTA FICHA PODERÁ SER ALTERADA A QUALQUER MOMENTO PELA COMISSÃO 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):

#### 2. JUSTIFICATIVA

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

#### 3. 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				
<b>TOTAL GERAL*</b>				

Ano	Título do Livro	Editora	ISBN ou DOI	TOTAL*
2017				
2018				
2019				
2020				
<b>TOTAL GERAL*</b>				

Ano	Título do Capítulo de Livro	Editora	ISBN ou DOI	TOTAL*
2017				
2018				
2019				
2020				
<b>TOTAL GERAL*</b>				

Ano	Título da Patente	Depósito (INPI ou Internacional)	Nº da Licença	TOTAL*
2017				
2018				
2019				
2020				
<b>TOTAL GERAL*</b>				

\*Para uso da Comissão de Avaliação.

#### 4. 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				
<b>TOTAL GERAL***</b>				

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

\*\*Órgão financiador.

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

#### 5. 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				
<b>TOTAL GERAL**</b>				

\*Caso tenha financiamento.

\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.

#### 6. 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 INSTITUIÇÃO PARCEIRA	TOTAIS**
2017				
2018				
2019				
2020				
<b>TOTAL GERAL**</b>				

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

\*\*Para uso da Comissão de Credenciamento.

7. ORIENTAÇÃO/SUPERVISÃO ACADÊMICA CONCLUÍDA:

Tipo*	Quantidade				Bolsa/Financiamento	Atividade**	TOTAIS***
	2017	2018	2019	2020			
Estágio							
PICJR							
IC							
TCC							
TCR							
M <sub>1</sub>							
D <sub>1</sub>							
PNPD							
<b>TOTAL GERAL ***</b>							

\*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.

8. 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							
M <sub>1</sub>							
D <sub>1</sub>							
PNPD							
<b>TOTAL GERAL ***</b>							

\*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.

9. 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		

10. 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				
<b>TOTAL GERAL ****</b>				

\*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.

11. AVALIAÇÃO FINAL (PARA USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO)

- a. A produção docente atende aos critérios estabelecidos no documento do Comitê de área da CAPES?  
( ) SIM ( ) NÃO
  
- b. A atuação (orientações, parcerias...) docente apresenta periodicidade?  
( ) SIM ( ) NÃO
  
- c. A produção docente apresenta periodicidade?  
( ) SIM ( ) NÃO
  
- d. O docente apresenta capacidade de orientação de estudantes em nível de mestrado?  
( ) SIM ( ) NÃO
  
- e. O docente apresenta inserção social?  
( ) SIM ( ) NÃO
  
- f. A Comissão recomenda o credenciamento do docente junto ao PCF?  
( ) SIM ( ) NÃO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

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		
		AT <sup>1</sup>	AP <sup>2</sup>	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)



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

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 DA DIREÇÃO DE CENTRO

(Para docentes da UNIOESTE)

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

De: Prof(a). Dr(a). \_\_\_\_\_ - Diretor(a) do Centro \_\_\_\_\_

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 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 e está de acordo com sua participação como docente no Programa, caso o mesmo seja selecionado neste Processo.

Atenciosamente,

---

Nome e Assinatura do Diretor(a)



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF

Campus de Cascavel-PR

Rua Universitária, 2069 – CEP 85819110 – 55 45 3220-7290.



## ANEXO VI – 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 de acordo com sua participação como docente no Programa, caso o mesmo seja selecionado neste Processo.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do Diretor(a)