



ANEXO 1

PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM – PMAE CREDENCIAMENTO DE DOCENTES



FICHA DE INSCRIÇÃO E AVALIAÇÃO

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

PROFESSOR(A)	
CPF	
MATRÍCULA	
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO NA IES	
ENDEREÇO COMPLETO	
TELEFONE	
E-MAIL	

Os dados abaixo responder com base nos últimos quatro anos (conforme edital) e registros no Currículo Lattes:

2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (Discriminar quanto ao período, abrangência e modalidade de cursos/disciplinas)

2.1 GRADUAÇÃO	
2.2 PÓS-GRADUAÇÃO <i>Lato Sensu</i>	
2.3 PÓS-GRADUAÇÃO <i>Stricto Sensu</i>	

3. PRODUÇÃO CIENTÍFICA

PRODUTOS	ITENS DE AVALIAÇÃO			
	Nome do Periódico	Instituição	Ano	Avaliação Qualis Julho 2015*
3.1 – Publicações em Periódicos				
	Nome do Periódico	Instituição	Ano	Avaliação Qualis 2016*

	Nome do Periódico	Instituição	Ano	Avaliação Qualis 2017*
	Nome do Periódico	Instituição	Ano	Avaliação Qualis 2018*
	Nome do Periódico	Instituição	Ano	Avaliação Qualis Julho 2019*

* Considerar-se-á a área de Enfermagem para avaliação Qualis dos Periódicos.

4. ORIENTAÇÕES E CO-ORIENTAÇÕES

Tipo de Orientação	Situação/Quantidade		
		Concluídas	Em andamento
Orientações	Trabalho de Conclusão de Curso		
	Especialização		
	Mestrado		
	Doutorado		
Co-orientação	Trabalho de Conclusão de Curso		
	Especialização		
	Mestrado		
	Doutorado		

5. PROJETOS

Tipos de Projeto	Nome	Concluídos	Em andamento
Projeto de Ensino			
Projeto de Pesquisa			
Projeto de Extensão			

6. PARTICIPAÇÃO EM OUTRO(S) PROGRAMA(S) DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

() Sim () Não

Quantos?	
Área de abrangência do(s) Programa(s)?	
Linha(s) de pesquisa?	
Instituição(ões) de Ensino Superior?	
Carga horária destinada ao(s) Programa(s)?	

() Declaro ter conhecimento e concordância com os objetivos e dispositivos do Regulamento do PMAE e das normativas da CAPES para cursos de Mestrado Acadêmico.

Crato, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Professor Candidato ao PMAE



ANEXO 2

PROGRAMA DE MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM – PMAE CREDENCIAMENTO DE DOCENTES

PARECER DA COMISSÃO AVALIADORA

☐ PROPOSTA DEFERIDA

☐ PROPOSTA INDEFERIDA

Avaliação da Comissão:

☐ Categoria Permanente ☐ Categoria Colaborador

Nome Avaliador(a) 1: _____

Assinatura Avaliador(a) 1: _____

Nome Avaliador(a) 2: _____

Assinatura Avaliador(a) 2: _____

Nome Avaliador(a) 3: _____

Assinatura Avaliador(a) 3: _____

Crato, ____ de ____ de 2019.

