

## EDITAL 2023 – ABERTURA DE VAGAS

### PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANESTESIOLOGIA, CIÊNCIAS CIRÚRGICAS E MEDICINA PERIOPERATÓRIA - FMUSP

A Comissão Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Anestesiologia, Ciências Cirúrgicas e Medicina Perioperatória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo faz saber que abrirá inscrição para seleção de candidatos as *30 (trinta) vagas* de Doutorado e/ou Doutorado Direto, conforme discriminado:

#### I. INSCRIÇÃO

As inscrições deverão ser realizadas na secretaria do programa, à Av. Dr. Arnaldo, 455, 4º andar, sala 4107 - FMUSP, São Paulo/SP, no período de 09/01/2023 a 11/12/2023, em dias úteis, das 9:00 horas às 15:00 horas.

#### II. CONDIÇÕES PARA EFETIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO

Os candidatos deverão apresentar no ato da inscrição a proficiência em língua estrangeira, bem como os seguintes documentos para o processo seletivo:

##### II.1 Para o Doutorado (D):

- a) (2 vias) Formulário de inscrição (Anexo I);
- b) (2 vias) Cópia de documento de identificação (RG, CPF e RNM para estrangeiros). NÃO SERÃO ACEITOS CNH OU CRM COMO DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO;
- c) (2 vias) Cópia da Certidão de Nascimento e/ou Casamento (quando for o caso);
- d) Currículo na Plataforma Lattes, atualizado no trimestre;
- e) (2 vias) Plano de pesquisa aprovado por Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa Institucional, quando necessário, conforme normas estabelecidas pela IES, juntamente com o formulário de processo seletivo (Anexo III);
- f) (2 vias) Cópia do Diploma de Graduação, frente e verso;
- g) Comprovante de esquema vacinal contra COVID-19, devidamente atualizado;
- h) (2 vias) Cópia do Diploma de Mestrado ou certificado de obtenção do título, frente e verso; e

##### II.2 Para o Doutorado Direto (DD):

- a) (2 vias) Formulário de inscrição (Anexo I);
- b) (2 vias) Cópia de documento de identificação (RG, CPF e RNM para estrangeiros). NÃO SERÃO ACEITOS CNH OU CRM COMO DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO;
- c) (2 vias) Cópia da Certidão de Nascimento e/ou Casamento (quando for o caso);
- d) Currículo na Plataforma Lattes, atualizado no semestre;
- e) (2 vias) Plano de pesquisa aprovado por Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa Institucional, quando necessário, conforme normas estabelecidas pela IES, juntamente com o formulário de processo seletivo (Anexo III);
- f) Comprovante de esquema vacinal contra COVID-19, devidamente atualizado;
- g) (2 vias) Cópia do Diploma de Graduação, frente e verso; e

#### Proficiência:

Serão aceitos os seguintes Exames de Proficiência em inglês: a): Cultura Inglesa Reading Test in English for Candidates for Postgraduate Courses, exclusivo para a Faculdade de Medicina da USP, pontuação mínima para ambos os curso: 60 pontos; b): Alumni, com a pontuação mínima de B1+(CEF) para doutorado; c): Tese Prime (TEAP) com a seguinte pontuação: aproveitamento de 70% para doutorado; d): TOEFL iBT internet-based Test; e) IELTS, Cambridge e Michigan, sendo o coeficiente de rendimento nestes exames de, pelo menos, 70% para o doutorado e doutorado direto.

#### Observações sobre os documentos solicitados no Edital:

- Não serão aceitos CNH ou registro do Conselho Regional (ex: CRM) como documento de identidade;
- Para proficiência não será aceito o exame TOEFL-ITP;
- O resultado da proficiência será fornecido UNICAMENTE pela secretaria do programa onde a inscrição será realizada;
- Ao candidato estrangeiro também é obrigatória a apresentação do certificado de nível intermediário ou superior no teste de proficiência em português, realizado pelo CELPE-Bras (<http://celpebras.inep.gov.br>), ou b) Apresentação do Certificado de aprovação no exame de proficiência do CIL-FFLCH-USP;

- A taxa de inscrição será recolhida na Tesouraria da FMUSP, por meio de guia ou boleto bancário fornecidos pela secretaria de pós-graduação do programa onde a inscrição será realizada;
- Candidatos ao curso de doutorado, com título de mestrado fora da USP, deverão providenciar o formulário de aceitação do título de mestre (clique aqui para fazer download).

### III. SELEÇÃO

#### 1) Curso de Doutorado (D):

Os candidatos portadores do título de mestre serão avaliados pela documentação solicitada, sendo atribuída uma nota de 0 a 10 para cada um dos seguintes quesitos: currículo e projeto de pesquisa. Adicionalmente, cada candidato deverá fazer uma apresentação em inglês, de 05 a 10 minutos, do seu projeto de pesquisa a uma Comissão constituída por dois membros escolhidos pela CCP que disporá de até 10 minutos para arguir sobre o trabalho a ser desenvolvido e os recursos disponíveis, tendo o candidato igual tempo para as respostas. Esta apresentação faz parte da atribuição da nota no quesito projeto. A nota final será obtida através da média aritmética entre as notas dadas pelos dois membros da Comissão examinadora. Serão aprovados os candidatos que obtiverem nota igual ou superior a 7 (sete).

#### 2) Curso de Doutorado Direto (DD):

Os candidatos ao doutorado direto serão avaliados pela documentação solicitada, sendo atribuída uma nota de 0 a 10 para cada um dos seguintes quesitos: currículo e projeto de pesquisa. Também *será avaliada a produção científica* relatadas no Currículo Lattes, em que os candidatos ao DD deverão ter realizado projeto de iniciação científica com bolsa, ou apresentado trabalho em congresso com publicação, ou participado de pesquisa científica cuja publicação seja em periódico indexado em base de dados nacional ou internacional. Adicionalmente, cada candidato deverá fazer a apresentação de seu projeto em inglês, de 05 a 10 minutos, a uma Comissão constituída por dois membros escolhidos pela CCP que fará uma arguição, de até 10 minutos, sobre o trabalho a ser desenvolvido e os recursos disponíveis, tendo o candidato igual tempo para as respostas. Esta apresentação faz parte da atribuição da nota no quesito projeto.

A nota final será obtida através da média aritmética entre as notas dadas pelos dois membros da Comissão examinadora. Serão aprovados os candidatos que obtiverem nota igual ou superior a 7 (sete).

### IV. RESULTADOS

O resultado do processo seletivo será divulgado na página do programa na Internet ([www.fm.usp.br](http://www.fm.usp.br) – pós-graduação – senso estrito – programa – edital – resultado da seleção)

### V. MATRÍCULA

Os candidatos aprovados deverão realizar a Matrícula no mesmo local da inscrição, apresentando o formulário de matrícula inicial em duas vias (Anexo II);

Obs.: O cumprimento do Artigo 50 do Regimento de Pós-Graduação da USP é obrigatório no ato da matrícula inicial.

Informações adicionais: Secretaria do Programa de Pós-graduação, tel.: (11) 3061-8736 / (11) 3061-8737 / (11) 3061-8709 / (11) 99026-4207, site: <https://www.accept-fmusp.net/> e-mail: [pg.accept@fm.usp.br](mailto:pg.accept@fm.usp.br) - tratar com Sandra Marques, Israel Rodrigues ou Rogério Lima.

Aprovado pela CCP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

### ATENÇÃO PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Foi matriculado em programa de pós-graduação senso estrito, **não concluído**, em unidade da Universidade de São Paulo, inclusive na Faculdade de Medicina da USP?

SIM [    ] Data do desligamento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ NÃO [    ]

Programa:\_\_\_\_\_Unidade:\_\_\_\_\_

Realizou matrícula como aluno especial? SIM [    ] Quando?(sem/ano)\_\_\_\_/\_\_\_\_ NÃO [    ]

### 1. NOME DO ALUNO SEM ABREVIAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 2. ALUNO REGULAR

MESTRADO		PROFICIÊNCIA EM INGLÊS	
MESTRADO PROFISSIONAL			
DOUTORADO		DATA / /	MÉDIA (pontuação)
DOUTORADO DIRETO			

### 3. PROGRAMA

--

### 4. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

--

### 5. ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO

(Rua, Av., Pça)			Nº, Apto., Casa		
Cidade			Estado		CEP
Tel. Residencial		Tel. Celular		Tel. Comercial	
E-mail					

### 6. NOME DA MÃE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### 7. NOME DO PAI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE  
ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**8. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Data de Nascimento / /	Local	Estado
País	Nacionalidade	
Sexo de registro no nascimento <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Gênero - Você se considera: <input type="checkbox"/> Homem cisgênero <input type="checkbox"/> Mulher cisgênero <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado/União Estável Nome cônjuge/companheiro(a): _____ <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Raça/Cor - Você se considera: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Deficiências – Você é portador de alguma deficiência? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		
Situação financeira - <input type="checkbox"/> É independente financeiramente <input type="checkbox"/> Depende financeiramente da renda dos pais ou cônjuge <input type="checkbox"/> Contribui parcialmente com as despesas pessoais e da moradia É beneficiário de Programas sociais do governo federal, estadual ou municipal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, possui Inscrição no CadÚnico? (Indicar número) _____ <input type="checkbox"/> Não sei ou não quero responder		

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE  
ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**9. DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO**

RG Nº	UF	Data Expedição	Órgão Expedidor
		/ /	
Cadastro de Pessoa Física (CPF) Nº			
Conselho Regional(CRM/CREFITO/COREN, etc)	UF	Data Expedição	Data de Vencimento
		/ /	
Órgão Expedidor:			

**10. CURSO DE GRADUAÇÃO**

Instituição (Escola, Faculdade, Universidade)
Cidade/Estado
Título obtido
Dia, Mês, Ano do início do curso: / /
Dia, Mês, Ano em que o Título foi obtido: / /

**11. RESIDÊNCIA MÉDICA**

Instituição (Escola, Faculdade, Universidade)	
Cidade/Estado	
Área	Nº Parecer Credenciamento CNRM
Início: / /	Término: / /

**12. MESTRADO**

Instituição (Escola, Faculdade, Universidade)			
Cidade/Estado		Dia/Mês/Ano em que o título foi obtido	
		/ /	
Solicitou equivalência de título na USP?	Sim	Não	Data / /

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno

**Data da inscrição no programa** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(a ser preenchido pela Secretaria)

## MATRÍCULA INICIAL – ALUNO NOVO

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO, INDEPENDENTE DE CURSAR DISCIPLINA OU NÃO**

NOME DO(A) ALUNO(A)		Nº USP (preenchido pelo SPG)	
NOME DO PROGRAMA		ME [ ] MP [ ] DO [ ] DD [ ]	
NOME DO ORIENTADOR		Nº USP	
SE O ORIENTADOR FOR O COORDENADOR DO PROGRAMA INFORMAR: ORIENTAÇÃO ACADÊMICA (        ) SIM                    (        ) NÃO			
SOLICITA MATRÍCULA NA(S) DISCIPLINA(S):			
	SIGLA	CIÊNCIA DO PROF. RESPONSÁVEL, ACOMPANHADA DE CARIMBO (NO CASO DE DISCIPLINAS COM MAIS DE UM PROFESSOR RESPONSÁVEL, BASTA A CIÊNCIA DE UM DELES)	DE ACORDO DO ORIENTADOR
1			
2			
3			
4			
5			

SÃO PAULO, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ALUNO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO ORIENTADOR (ACOMPANHADA DE CARIMBO)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO COORDENADOR

Comissão de Pós-Graduação

**Parecer de Qualificação dos Pré-Candidatos**  
**Programa de Pós-Graduação Senso Estrito em Anestesiologia**

<b>Candidato:</b> _____	<b>CPF</b> _____
<b>E-mail:</b> _____	<b>Tel:</b> _____
<b>CV Lattes:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Proficiência em inglês:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Média:</b> _____

**Título do Projeto de Pesquisa:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Orientador:** \_\_\_\_\_

**Comissão de ética:**     CEP-FMUSP                       CEUA                       CAPESQ

Aprovado N°. de Protocolo \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Submetido aguardando avaliação

Não submetido

**Tipo de estudo:**

Prospectivo     Retrospectivo     Experimental     Clínico

**Local da coleta:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Local da Coleta:**

**Previsão de custos:** R\$ \_\_\_\_\_ U\$ \_\_\_\_\_  Auxílio     Bolsa

**Financiamento:**  Institucional     Agência de Fomento: \_\_\_\_\_

Já solicitado Protocolo n°. : \_\_\_\_\_                       Não Solicitado

**Previsão de finalização da coleta de dados:**

**Proposta de publicação dos resultados:**

**Periódico:** \_\_\_\_\_

**Fator de impacto:** \_\_\_\_\_

**PARECER**

<b>Assinatura do Coordenador</b>	<b>Data</b>

**Prof. Dr.**

Presidente da Comissão de Pós-Graduação da USP

Eu, (NOME COMPLETO) residente à (ENDEREÇO COMPLETO) Bairro Cidade de XXXX  
Estado XXXXXXXX Cep XXXXX-XXX telefone (XX) XXXXX-XXXX e e-mail:  
XXXXXXXXXXXXXXXXX juntando documentação anexa, solicito de V.S<sup>a</sup>. a Aceitação do Título de  
MESTRE em XXXXXXXX - área de concentração X X X X X X X X X , obtido na UNIVERSIDADE  
X X X X X X X X X X , exclusivamente parafins de contagem de créditos para matrícula no curso de  
doutorado, no Programa de Pós-Graduação em ANESTESIOLOGIA, CIÊNCIAS CIRÚRGICAS E  
MEDICINA PERIOPERATÓRIA  
da FMUSP, em cumprimento ao disposto no Artigo 101 do Regimento de Pós-Graduação USP.

Nesses termos,  
P. deferimento

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

**Documentação necessária:**

- 1) Requerimento ou ofício do interessado dirigido à CPG;
- 2) Xerox legível do Título ou certificado (frente e verso);
- 3) Xerox legível do Histórico escolar;
- 4) Declaração da Instituição onde o título foi obtido, atestando a validade nacional do mesmo.
- 5) Cópia legível do RG e CPF.

**Obs<sub>1</sub>:** Na hipótese de não serem exigidas disciplinas, nos itens 2 e 3 deverão ser apresentados dados referentes a Instituição, duração e características do curso

**Obs<sub>2</sub>:** Artigo 100 - Os títulos de Mestre e de Doutor, obtidos no Brasil, sem validade nacional, não são aceitos na USP.