|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoPGDefinitivo.jpg | UNIVERSIDADE DE SÃO PAULOFACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETOComissão de Pós-Graduação CREDENCIAMENTO/RECREDENCIAMENTO | PROTOCOLO |

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO: Preenchimento obrigatório da página 01 e página correspondente à solicitação. Preencher no computador e imprimir.**

**PROGRAMA: OFTALMOLOGIA, OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO**

**ÁREA:  Mecanismos Fisiopatológicos nos Sistemas Visual e Audio-Vestibular (17150)**

**Morfofisiologia de Estruturas Faciais (17151)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME:** | **CÓDIGO USP:** |
| **VÍNCULO (Profissional USP)**  FMRP Hemocentro HC FAEPA  Outro: | **FUNÇÃO:** Docente  Médico Pesquisador  Outra:  **Assinatura:** |
| **VÍNCULO (Profissional EXTERNO)**  **Instituição ou Agência de Fomento/Programa:**  **Vigência:**  **Linha de pesquisa:** |
| **Endereço eletrônico do Currículo Lattes:** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I. CREDENCIAMENTO PARA:**  Orientação de alunos de Mestrado  Orientação de alunos de Mestrado e Doutorado | | |
| Coorientação:  Mestrado  Doutorado  Orientação específica:  Mestrado  Doutorado | | |
| NOME DO ALUNO: | | CÓDIGO USP: |
| TÍTULO DO PROJETO DO ALUNO (anexar resumo): | | |
| DATA: | Assinatura de Anuência do ALUNO: | |
| Mudança Orientador :  sim  não | Assinatura de Anuência do Atual Orientador (se houver mudança de orientador) : | |

|  |
| --- |
| **II. RECREDENCIAMENTO:** Mestrado  Mestrado e Doutorado |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **III. COORIENTAÇÃO:** Está dentro do prazo de encaminhamento à CCP?(M: 12 meses, D: 18 meses, DD: 24 meses) **SIM**  **NÃO** | | |
| **JUSTIFICATIVA DO ORIENTADOR** (somente para solicitações de **COORIENTAÇÃO**): | |
| Data: | Nome e Assinatura do Orientador: |
| **DA COMISSÃO COORDENADORA DO PROGRAMA:**  A solicitação atende as normas do Programa e o Regimento de Pós-Graduação da USP. | |
| Data de Aprovação CCP: | Assinatura e carimbo do Coordenador: |

|  |
| --- |
| **Para utilização da CPG – Solicitação:** |
| Deferida  Indeferida  À PRPG/\_\_\_\_\_, para providências.  Retirada de pauta para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_ª Reunião da CPG de \_\_/\_\_/\_\_  Deferida “Ad referendum”\_\_/\_\_/\_\_ Referendado na \_\_\_\_\_ª Reunião da CPG de \_\_/\_\_/\_\_  Cadastrado no JANUS em \_\_/\_\_/\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Arquivado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
| Assinatura do Presidente da CPG: |

CREDENCIAMENTO E RECREDENCIAMENTO DE ORIENTADORES

Programa de Pós-Graduação em OFT, ORL E CCP

|  |
| --- |
| **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:** Preencher e enviar apenas a página 01 e a página correspondente ao pedido, somente com as informações solicitadas. Não enviar currículo Lattes e nem documentos desnecessários. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | **DATA:** | **ASS.:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I – PRIMEIRO CREDENCIAMENTO (MESTRADO ou DOUTORADO):**  **(SOMENTE ESPECÍFICO)**  **1)** Capacidade de conduzir um projeto de pesquisa demonstrada por atividades laboratoriais ou clínicas que possibilitem a realização de um trabalho de pós-graduação e de captação de recursos financeiros nos últimos três anos.   |  | | --- | |  |   **2)** Infraestrutura ambulatorial e/ou laboratorial para o desenvolvimento das pesquisas.   |  | | --- | |  |   **3) PRODUÇÃO CIENTÍFICA:** Publicação nos últimos três anos, de pelo menos três trabalhos em periódicos com fator de impacto aferido pelo *Journal of Citation Report,* sendo pelo menos dois com fator de impacto igual ou superior a 0,90.   |  | | --- | |  |   **4)** Pelo menos uma solicitação de recurso financeiro (auxílio regular, projeto temático, ou bolsas de pós-doutorado) para Agências de Fomento no triênio anterior à solicitação de credenciamento.   |  | | --- | |  |   **5)** Ter orientado pelo menos um aluno de Iniciação Científica no triênio.   |  | | --- | |  |   **6)** É credenciado em algum outro programa de Pós-Graduação (da USP ou de fora)?  **SIM**  **NÃO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Instituição/Programa** | **Início** | **Término** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:** Preencher e enviar apenas a página 01 e a página correspondente ao pedido, somente com as informações solicitadas. Não enviar currículo Lattes e nem documentos desnecessários. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME:** | **DATA:** | **ASS.:** |
| **II – CREDENCIAMENTO PLENO / RECREDENCIAMENTO:**  **1)** Capacidade de conduzir um projeto de pesquisa demonstrada por atividades laboratoriais ou clínicas que possibilitem a realização de um trabalho de pós-graduação e de captação de recursos financeiros nos últimos três anos.   |  | | --- | |  |   **2)** Infraestrutura ambulatorial e/ou laboratorial para o desenvolvimento das pesquisas.   |  | | --- | |  |   **3) PRODUÇÃO CIENTÍFICA:** Publicação nos últimos três anos, de pelo menos três trabalhos em periódicos com fator de impacto aferido pelo *Journal of Citation Report,* sendo pelo menos dois com fator de impacto igual ou superior a 1,6.   |  | | --- | |  |   **4)** Pelo menos uma solicitação de recurso financeiro (auxílio regular, projeto temático, ou bolsas de pós-doutorado) para Agências de Fomento no triênio anterior à solicitação de recredenciamento.   |  | | --- | |  |   **5) ORIENTAÇÃO EM PG (Concluídos):** Pelo menos 01 aluno titulado no triênio.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Nome do Aluno** | **Curso M/D** | **Data da Defesa** | |  |  |  |   6) Ter orientado pelo menos um aluno de Iniciação Científica no triênio.   |  | | --- | |  |   **7)** É credenciado em algum outro programa de Pós-Graduação (da USP ou de fora)?  **SIM**  **NÃO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Instituição/Programa** | **Início** | **Término** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **8) OBSERVAÇÃO:** O orientador pleno de Doutorado deverá, necessariamente, assumir atividades didáticas no Programa de Pós-graduação em Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. | | |

|  |
| --- |
| **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:** Preencher e enviar apenas a página 01 e a página correspondente ao pedido, somente com as informações solicitadas. Não enviar currículo Lattes e nem documentos desnecessários. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** | **DATA:** | **ASS.:** | |
| **III – ORIENTADORES EXTERNOS: Jovem Pesquisador, Pós-doutorando, Professor Visitante, Pesquisador Estagiário e outros.**  **1)** Capacidade de conduzir um projeto de pesquisa demonstrada por atividades laboratoriais ou clínicas que possibilitem a realização de um trabalho de pós-graduação e de captação de recursos financeiros nos últimos três anos.   |  | | --- | |  |   **2)** Infraestrutura ambulatorial e/ou laboratorial (física, material e/ou equipamento) para o desenvolvimento das pesquisas.   |  | | --- | |  |   **3) PRODUÇÃO CIENTÍFICA:** Publicação nos últimos três anos, de pelo menos três trabalhos em periódicos com fator de impacto aferido pelo *Journal of Citation Report,* sendo pelo menos dois com fator de impacto igual ou superior a 0,90.   |  | | --- | |  |   **4)** Pelo menos uma solicitação de recurso financeiro (auxílio regular, projeto temático, ou bolsas de pós-doutorado) para Agências de Fomento no triênio anterior à solicitação de recredenciamento.   |  | | --- | |  |   **5)** Ter orientado pelo menos um aluno de Iniciação Científica no triênio.   |  | | --- | |  |   **6)** É credenciado em algum outro programa de Pós-Graduação (da USP ou de fora)?  **SIM**  **NÃO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Instituição/Programa** | **Início** | **Término** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   **7)** Justificativa circunstanciada do solicitante quanto à contribuição inovadora do projeto para o Programa.   |  | | --- | |  |   **8)** Demonstrar a existência de recursos para financiamento do projeto proposto para orientação do pós-graduando.   |  | | --- | |  |   **9)** Anexar manifestação de um professor da instituição ou supervisor, com a anuência do chefe do Departamento ou equivalente, demonstrando concordância quanto à utilização do espaço para o desenvolvimento da orientação solicitada e à manutenção das condições para a execução do projeto do pós-graduando.  **10)** Orientações concluídas e em andamento na USP e fora dela, caso se aplique (caso o interessado não comprove vínculo institucional estável o período de permanência na FMRP-USP deverá ser de pelo menos 75% do prazo máximo para o depósito da dissertação ou tese).   |  | | --- | |  |   ***Obs:*** *Docente ou pesquisador vinculado a Instituições de Ensino e Pesquisa do exterior, portador do título de Doutor, que participe efetivamente na supervisão de aluno que esteja realizando estágio no exterior, pode ser credenciado como orientador ou coorientador do respectivo aluno, sem a necessidade de equivalência ou reconhecimento do título de Doutor.*  *Parágrafo único – Nestes casos não se aplica o prazo disposto no § 5º do art. 86.*  ***Anexar:*** *Memorial descritivo, Cópia do diploma de Doutorado, Comprovação do Estágio e Cadastrar o estágio no Janus.*  **11)** É credenciado em algum outro programa de Pós-Graduação (da USP ou de fora)?  **SIM**  **NÃO**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Instituição/Programa** | **Início** | **Término** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | | | |