|  |  |
| --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINASFACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**SOLICITAÇÃO DE RECREDENCIAMENTO****PROGRAMA DE CIÊNCIAS MÉDICAS** |

1. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DO PROGRAMA:
2. NOME DO PROFESSOR:
3. DETALHAMENTO DOS ARTIGOS PUBLICADOS NO ULTIMO QUADRIÊNIO:

**CASO TENHA MAIS DO QUE 12 PRODUÇÕES NO ÚLTIMO QUDRIÊNIO, INCLUIR EM OUTRO DOCUMENTO.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Título periódico | Pág. Inicial/final | Mês/Ano | Fator de Impacto - caso não tenha, coloque o Indexador | Qualis |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| 1.
 |      /      |       |       |       |
| TOTAL: |       |

**SOMENTE serão consideradas as publicações ≥B2 no Qualis Medicina I.**

1. DETALHAMENTO DOS FINANCIAMENTOS EM ANDAMENTO:

Anexar comprovação de financiamento, conforme as instruções apresentadas na página do Programa:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/pos-graduacao-em-ciencias-medicas/solicitacao-de-credenciamento-de-orientador-e-co-orientador>

Data: 13/07/2018

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Aprovação da Área de Concentração

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_