



Comunicado aos Aprovados no Processo Seletivo do Programa de  
Pós-Graduação em **Odontologia**

**Edital nº 002/2024 – Ingresso 2º/2024**

Prezados(as) Aprovados(as),

Informamos que a confirmação de ingresso no Programa de Pós-Graduação em **Odontologia**, deverá ser feita até o dia **15/07/2024**, enviando o formulário (anexo) para o e-mail:

- [spgfsacad@unb.br](mailto:spgfsacad@unb.br).

Atenciosamente,

Gestão Acadêmica da Secretaria de Pós-Graduação da FS/UnB



## **Confirmação de Ingresso no Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Edital 002/2024**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, candidato(a) de inscrição nº \_\_\_\_\_,  
selecionado pelo Edital 002/2024, às vagas do Programa de Pós-Graduação em **Odontologia**, para os cursos de Mestrado Acadêmico e Doutorado para o **segundo** período letivo de 2024, confirmo meu ingresso para o nível ( ) mestrado acadêmico ou ( ) doutorado.

Informo estar ciente dos dispositivos que norteiam o Programa de Pós-Graduação em **Odontologia** da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Declaro que toda documentação que apresentarei no ato da inscrição encontra-se em conformidade com as normas do Decanato de Pós-Graduação da Universidade de Brasília.

Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do (a) Candidato (a)**

**Senhor(a) candidato(a), em atendimento ao Ofício Circular nº1/2017-CGAP/DAV/CAPES e à Portaria Normativa MEC Nº 13, de 11 de maio de 2016, que trata da indução de Ações Afirmativas na Pós-Graduação, favor preencher os campos abaixo:**

**Raça/Cor**

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Não declarado

**Pessoa com deficiência**

- Sim
- Não