

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**Interposição de recurso**

**À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO/UFC)**

Eu, **[nome completo]**, inscrito(a) no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará, sob matrícula **[xxxxxxxxxxxx]** venho, respeitosamente, interpor **RECURSO** referente ao **Resultado Preliminar do Instrumento de Avaliação de Bolsistas**, divulgado em 04 de fevereiro de 2025.

**Justificativa do Recurso:**xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Declaro estar ciente de que o prazo para interposição de recursos é de **5 a 6 de fevereiro de 2025** e que este documento deve ser enviado para o e-mail **bolsistasppgoufc@gmail.com**, conforme as orientações da Coordenação do PPGO/UFC.

Termos em que,  
Pede deferimento.

**Fortaleza, xxx de fevereiro de 2025**

**[Nome completo e assinatura do candidato]**