



ADITIVO II AO EDITAL N° 04/2026 – PPGO/UFC

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Ceará (PPGO/UFC), no uso de suas atribuições legais e regimentais, torna público o presente ADITIVO II ao Edital n° 04/2026, referente ao processo seletivo para os cursos de Mestrado e Doutorado, para informar a atualização do Anexo II – Requerimento de Inscrição.

Onde se lê:

ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Leia-se:

ANEXO II – REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (atualizado e anexado a este Aditivo), com a inclusão da área temática de Odontopediatria no quadro de áreas temáticas disponíveis para inscrição.

Permanecem inalteradas as demais disposições do Edital n° 04/2026.

Fortaleza, 18 de maio de 2026.

Prof. Dr. Fábio Wildson Gurgel Costa

Coordenador do PPGO/UFC



ANEXO II - REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO (Páginas 26 e 27)

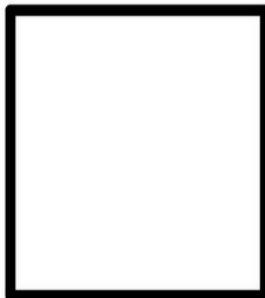


Foto 3x4 digitalizada (colorida)

Eu, _____ devidamente identificado com os dados pessoais ao final deste documento, venho com o devido respeito, requerer inscrição à seleção ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFC** para a seguinte área temática e nível (mestrado ou doutorado):

Área Temática	Vagas	
	Mestrado	Doutorado
Cariologia		
Dentística/Materiais Dentários		
Disfunção Temporomandibular/Dor Orofacial		
Endodontia		
Estomatopatologia		
Imaginologia odontológica		
Morfologia/Histologia Oral		
Odontopediatria		
Ortodontia		
Pacientes com necessidades especiais		
Periodontia		
Prótese Dentária		
Saúde Coletiva		

Dados Pessoais

Nome: _____



Nacionalidade _____ Naturalidade: _____

Estado Civil: _____ E-mail: _____

Nome do pai: _____

Nome da mãe: _____

CPF: _____ Identidade: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____ *Whatsapp*: _____

Endereço (outro): _____ Bairro: _____ CEP: _____

Nº de inscrição no CRO (caso esteja concluindo o último semestre da graduação, deixar em branco): _____

Nível: () Graduado em Odontologia () Graduando em Odontologia – último semestre – com previsão de conclusão até a data de ajuste de matrícula para o semestre 2026.2, conforme previsto em calendário acadêmico () Mestre em Odontologia () Mestrando em Odontologia - com previsão de conclusão até a data de ajuste de matrícula para o semestre 2026.2, conforme previsto em [calendário acadêmico](#).

Dados Profissionais

Local de Trabalho: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Telefone (outro) _____ *Whatsapp*: _____

Cargo(s): _____

Disponibilidade para realização das atividades do curso

Assinale com a letra X, na tabela abaixo, os períodos os quais você se propõe a dedicar-se às atividades teóricas e/ou práticas do curso, perfazendo, no mínimo, 20 horas semanais:

PERÍODO	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
MANHÃ					
TARDE					

Nestes termos, pede deferimento.

Local e Data: _____

Ass. _____