

Edital PPGOdonto 1/2017

## SELEÇÃO DE CANDIDATOS DE MESTRADO PARA TAXAS E BOLSAS ESCOLARES PROSUP/CAPES COM INGRESSO EM 2017

O Conselho do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGOdonto), no uso de suas atribuições, torna público o Edital para concessão de Taxas e Bolsas Escolares do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (Prosup), financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior (CAPES) para os alunos com ingresso em 2017 no curso de mestrado do PPGOdonto da UPF.

### 1 DAS ESPECIFICAÇÕES GERAIS

#### 1.1 Modalidades de benefícios:

**Taxa Prosup/CAPES:** os discentes bolsistas recebem da Capes o valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) mensais que devem ser repassados para a UPF para isenção do pagamento de mensalidades durante o período de concessão do auxílio.

**Bolsa de Estudos Prosup/CAPES:** os discentes bolsistas recebem bolsa de estudos no valor de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais) e isenção do pagamento de mensalidades durante o período de concessão do auxílio.

#### 1.2 Período, local e horário das inscrições:

O Formulário de Inscrição (Apêndice I) deve ser preenchido e entregue na secretaria do PPGOdonto, na Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, localizado no terceiro piso, até 06/03/2017 às 17h; ou enviado por correspondência (Sedex) para o seguinte endereço:

*Universidade de Passo Fundo – Faculdade de Odontologia  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia  
Campus I – Bairro São José – KM 292 – BR 285  
Cx. Postal 611  
CEP: 99052-900 - Passo Fundo, RS*

A documentação enviada pelo correio, por meio de Sedex, deverá ser recebida pela Secretaria do PPGOdonto até o dia 06/03/2017.

Não serão avaliadas as solicitações que forem submetidas de forma incompleta e/ou fora do prazo. Expirado o prazo limite indicado no edital, nenhuma solicitação poderá ser submetida, assim como não serão aceitos adendos, substituições ou esclarecimentos que não forem, explícita ou formalmente, solicitados pelo Programa.

#### 1.3 Critérios de elegibilidade do candidato ao benefício:

Poderá concorrer às modalidades de benefício taxa e bolsa de estudo Prosup/CAPES o aluno classificado no processo seletivo de 2017 para o Curso de Mestrado em Clínica Odontológica do PPGOdonto-UPF, e que possa atender às regulamentações específicas de cada benefício, conforme este Edital.

### 2 DOS REQUISITOS DO CANDIDATO

- I. Ser brasileiro ou, se estrangeiro, possuir visto permanente no Brasil;
- II. Não ser beneficiário de bolsa de agência governamental de fomento (nacional ou internacional);
- III. Não possuir qualquer relação de trabalho com a Universidade de Passo Fundo;
- IV. Não estar aposentado ou em situação equiparada;
- V. Não acumular a Taxa ou Bolsa Prosup/Capes com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de outro programa de agência nacional ou internacional de fomento;

VI. Ter sido aprovado no processo seletivo do PPGOdonto curso de Mestrado.

### 3 DAS EXIGÊNCIAS AOS DISCENTES CONTEMPLADOS COM O AUXÍLIO

#### 3.1 São exigências do discente beneficiário de **Taxa CAPES**:

- I. Cumprir com todas as determinações do Regimento da Instituição, da Unidade e do PPGOdonto no qual está regularmente matriculado;
- II. Firmar e atender às metas determinadas TERMO DE COMPROMISSO - TAXA CAPES (Apêndice II), declarando estar ciente e de acordo com os requisitos para concessão e/ou manutenção dos benefícios;
- III. Repassar mensalmente à Universidade de Passo Fundo o valor da taxa escolar recebido em sua conta. No caso de não cumprimento dessa obrigação, o benefício será imediatamente cancelado, sem aviso prévio;
- IV. Restituir, em caráter obrigatório, todos os recursos recebidos da CAPES, quando da interrupção do estudo, salvo se motivado por caso fortuito, força maior, circunstância alheia a sua vontade ou doença grave devidamente comprovada e fundamentada em documento destinado e entregue à Comissão de Bolsas;
- V. Encaminhar ao PPGOdonto, ao final de cada ano letivo, o Relatório de Atividades (Apêndice IV). Esse relatório, juntamente com o parecer do orientador, será avaliado pela Comissão de Bolsas que irá deliberar pela manutenção ou suspensão do auxílio recebido pelo discente.

#### 3.2 São exigências do discente beneficiário de **Bolsa de Estudos CAPES**:

- I. Ao discente contemplado com Bolsa de Estudos Prosup/CAPES não é permitido o exercício de atividade remunerada durante o período de vigência, ainda que sem registro ou vínculo formal, incluindo trabalhos temporários em períodos específicos do ano (Portaria Capes n. 181);
- II. Cumprir com todas as determinações do Regimento da Instituição, da Unidade e do PPGOdonto no qual está regularmente matriculado;
- III. Firmar e atender às metas determinadas TERMO DE COMPROMISSO – BOLSA DE ESTUDOS CAPES (Apêndice III), declarando estar ciente e de acordo com os requisitos para concessão e/ou manutenção dos benefícios
- IV. Encaminhar ao PPGOdonto, ao final de cada ano letivo, o Relatório de Atividades (Apêndice IV). Esse relatório, juntamente com o parecer do orientador, será avaliado pela Comissão de Bolsas que irá deliberar pela manutenção ou suspensão do auxílio recebido pelo aluno.
- V. Restituir à CAPES, em caráter obrigatório, todos os recursos recebidos irregularmente, apurada a não observância das normas de concessão de benefício, ou quando da interrupção do estudo, salvo se motivado por caso fortuito, força maior, circunstância alheia a sua vontade ou doença grave devidamente comprovada e fundamentada em documento protocolado destinado e entregue à Comissão de Bolsas.

### 4 DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA SUBMISSÃO DA SOLICITAÇÃO

#### 4.1 No ato da inscrição, o candidato à **Taxa** deverá entregar os seguintes documentos:

- I. Formulário de inscrição (Apêndice I)
- II. Declaração de intenção de dedicação ao curso (Apêndice V)

#### 4.2 No ato da inscrição, o candidato à **Bolsa de Estudos** deverá entregar os seguintes documentos:

- I. Formulário de Inscrição (Apêndice I);
- II. Declaração de intenção de dedicação exclusiva ao curso (Apêndice V);
- III. Declaração de inexistência de vínculo empregatício (Apêndice VI);
- IV. Cópia do comprovante de residência.

### 5 DA ANÁLISE E JULGAMENTO DAS SOLICITAÇÕES

5.1 Os procedimentos da análise documental e julgamento das solicitações serão realizados pela Comissão de Bolsas do PPGOdonto;

5.2 A seleção dos beneficiários das **Taxas Capes** será realizada com base:

- I. no desempenho obtido no processo seletivo de ingresso;
- II. produção intelectual dos últimos 3 anos registrada no currículo Lattes;
- III. disponibilidade de tempo para atividades acadêmicas extra-curriculares (mínimo de 20h/semana);
- IV. entrevista com o candidato realizada pela Comissão de Bolsas.

5.3 A seleção do beneficiário da **Bolsa de Estudos** será realizada com os seguintes critérios:

- I. no desempenho obtido no processo seletivo de ingresso;
- II. produção intelectual dos últimos 3 anos registrada no currículo Lattes;
- III. disponibilidade de tempo para atividades acadêmicas extracurriculares (dedicação integral e exclusiva com cumprimento de mínimo de 40h/semana);
- IV. entrevista com o candidato realizada pela Comissão de Bolsas.

5.4 O seguinte peso será atribuído aos critérios dos itens 5.2 e 5.3:

- I. desempenho no processo seletivo: 4;
- II. produção intelectual: 3;
- III. entrevista: 3.

A entrevista será realizada no dia 17/03/2017 a partir das 13h30min, na sala 401, no terceiro piso da Faculdade de Odontologia, juntamente com a entrevista do processo seletivo do Mestrado.

O candidato que não comprovar disponibilidade de tempo compatível com o exigido pela modalidade de auxílio será desclassificado. A Comissão de Bolsas, junto ao Conselho do PPGOdonto, tem total autonomia para deliberar sobre a alocação de taxas e bolsas.

## **6 DO RESULTADO DO JULGAMENTO**

6.1 O resultado desse edital implicará beneficiários e suplentes;

6.2 Em caso de remanejamento de cota(s) CAPES, a Comissão de Bolsas poderá destinar os benefícios aos suplentes desse Edital;

6.3 Os resultados finais serão divulgados até o dia 21/03/2017 no endereço [www.upf.br/ppgodonto](http://www.upf.br/ppgodonto).

## **7 DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

7.1 As taxas e bolsas Prosup/CAPES serão concedidas pelo período de 12 meses com possibilidade de renovação por mais 12 meses;

7.2 Discentes que interromperem ou cancelarem o curso de Mestrado perderão automaticamente o apoio financeiro;

7.3 No caso de ocorrer prorrogação do Mestrado além do período regular de 24 meses, os discentes não terão direito à continuidade da bolsa, devendo realizar o pagamento das mensalidades correspondentes ao tempo de prorrogação.

## **8 DO ACOMPANHAMENTO**

8.1 Durante o período de vigência da bolsa, a Comissão de Bolsas encaminhará ao Conselho do Programa (CPG) a ocorrência de quaisquer eventos que venham a prejudicar o andamento dos trabalhos acadêmicos e científicos, como faltas injustificadas, insuficiente desempenho acadêmico e/ou empenho nas atividades curriculares e extracurriculares do curso, de acordo com as disposições vigentes (Portaria Capes 181) e Regimento do Programa.

8.2 A Comissão de Bolsas acompanhará o desempenho acadêmico dos beneficiários e cumprimento das suas obrigações com o Programa com base no Relatório de Atividades firmados pelo discente e seu orientador.

8.3 A Comissão de Bolsas tem autonomia para solicitar um Relatório Parcial de Atividades em qualquer momento da concessão da bolsa que julgar necessário para intervenção ou reavaliação da concessão do benefício.

## **9 DO CANCELAMENTO E DA REVOGAÇÃO DO BENEFÍCIO**

### **9.1 Cancelamento das Taxas e Bolsas de Estudo PROSUP/CAPES**

Os benefícios taxa ou bolsa de estudo poderão ser cancelados em qualquer momento por infringência ao disposto neste Edital. O beneficiário é obrigado a ressarcir o investimento feito indevidamente em seu favor.

O cancelamento da taxa deverá ser encaminhado pela Comissão de Bolsas e anuência do Conselho do PPGOdonto à Vice-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Esse cancelamento pode implicar em a imediata substituição do beneficiário por outro aluno.

A não conclusão do curso obriga o beneficiário à restituição de todos os valores recebidos, salvo se motivada por causa fortuito, força maior, circunstância alheia à vontade ou doença grave devidamente comprovada e fundamentada em documento protocolado destinado e entregue à Comissão de Bolsas.

### **9.2 Revogação da concessão das Taxas e das Bolsas de estudo**

Poderá ser revogada pela CAPES a concessão dos benefícios, com obrigatória restituição de todos os valores recebidos, nos seguintes casos:

- I. omissão da declaração de qualquer outras remunerações recebidas pelo beneficiário, quando exigida.
- II. apresentação de declaração falsa da inexistência de apoio de qualquer natureza por outra agência;
- III. prática de qualquer fraude pelo bolsista sem a qual a concessão não deveria ter ocorrido ou ter sido mantida.

## **10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

10.1 A participação nesse processo implicará a aceitação das normas estabelecidas neste Edital e também das normas regimentais do Prosup/CAPES, PPGOdonto e UPF.

10.2 A veracidade das informações prestadas, bem como da documentação apresentada, será de responsabilidade do candidato, respondendo por ela na forma da lei. Informações inverossímeis implicarão na desclassificação do candidato e cancelamento do benefício.

10.3 Os benefícios concedidos não geram vínculo empregatício com a Instituição.

10.4 Quaisquer trabalhos publicados pelos beneficiários, oriundos das atividades realizadas durante o curso e/ou decorrentes da dissertação, deverão mencionar o apoio do Prosup/Capes e UPF.

10.5 O número de benefícios taxa e bolsas de estudo, bem como seu valor, dependerá de financiamento disponível em agências de fomento e sua alocação será determinada pela Comissão de Bolsas e Conselho do PPGOdonto. Os casos omissos e as situações não previstas no presente Edital serão decididas pelo Conselho do PPGOdonto.

10.6 Não caberá qualquer recurso à respeito da concessão das formas de apoio.

## APÊNDICE I - FICHA DE INSCRIÇÃO

Curso: MESTRADO

Apoio pretendido: ( ) BOLSA PROSUP/CAPES ( ) TAXA PROSUP/CAPES

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nome do candidato) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(profissão) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nº do CPF) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(endereço de residência) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
, candidato ao **Curso de Mestrado em Clínica Odontológica**, Programa de Pós-Graduação (PPGOdonto) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo (FO-UPF), declaro que:

Possuo vínculo empregatício formal: ( ) sim ( ) não

Desenvolvo atividade remunerada sem registro ou vínculo formal: ( ) sim ( ) não

Nome do empregador ou contratante: \_\_\_\_\_

Categoria funcional: ( ) docente ( ) não docente

Tipo de afastamento: ( ) integral ( ) parcial: ..... horas semanais

Situação salarial quando em afastamento integral ou parcial da empresa em que trabalha:

( ) com salário ( ) sem salário

Trabalha como autônomo? ( ) sim ( ) não

Nesse caso, qual a atividade? \_\_\_\_\_

Horas semanais destinadas às atividades extracurriculares do curso pretendido: \_\_\_\_\_

### Declaração

- ( ) Declaro não acumular o recebimento da bolsa com qualquer modalidade de auxílio ou bolsa de agência de fomento ou organização nacional ou internacional;
- ( ) Declaro não ter vínculo empregatício com a Universidade de Passo Fundo;
- ( ) Declaro ter disponibilidade de dedicação integral ao Curso;
- ( ) Declaro que não me encontro aposentado ou em situação equiparada;
- ( ) Declaro que li e estou ciente das disposições e compromissos expressos no presente Edital;
- ( ) Declaro que as informações prestadas são verdadeiras.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_  
Local e data

## APÊNDICE II - TERMO DE COMPROMISSO TAXA CAPES

Eu, \_\_\_\_\_, *(nome do candidato)*, \_\_\_\_\_, *(nacionalidade)*  
 \_\_\_\_\_, *(profissão)*, \_\_\_\_\_, *(endereço de residência)*,  
 \_\_\_\_\_, *(nº do CPF)*, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso de  
 Mestrado em Clínica Odontológica, Programa de Pós-Graduação (PPGOdonto) da Faculdade de  
 Odontologia da Universidade de Passo Fundo (FO-UPF), declaro, para os devidos fins, que tenho  
 ciência das obrigações inerentes à qualidade de **beneficiário taxa/CAPES**, e nesse sentido,  
 comprometo-me a respeitar as seguintes cláusulas:

- I. Cumprir com todas as determinações do Regimento da Instituição, da Unidade e do PPGOdonto no qual está regularmente matriculado;
- II. Cumprir, no mínimo, 20 h de atividades semanais extracurriculares no PPGOdonto, definidas e planejadas junto aos orientadores, que controlarão o cumprimento da exigência por caderno-ponto (adquirido pelo aluno);
- III. Cumprir o prazo estabelecido para titulação (24 meses);
- IV. Se possuir vínculo empregatício, apresentar documento oficial comprobatório do afastamento do exercício do cargo pelo período de concessão do benefício Taxa. Em caso de atividade remunerada com carga horária conciliável com as atividades do curso e vinculadas ao benefício, apresentar documento oficial comprobatório da carga horária da jornada de trabalho;
- V. Participar de atividades extracurriculares sempre que forem convocados pelo PPGOdonto (ex.: reuniões, participação e organização de eventos);
- VI. Apresentar desempenho excelente (conceito A) ou bom (conceito B) e frequência não inferior a 75% nas disciplinas de Mestrado;
- VII. Supervisionar o Laboratório de Pesquisa;
- VIII. Não estar cursando programas de residência;
- IX. Participar de, no mínimo, 1 (um) encontro ou congresso científico da área do seu projeto de dissertação por ano;
- X. Em concordância com o Regimento do PPGOdonto, ao final da concessão do benefício, os alunos bolsistas devem entregar o comprovante de submissão de 1 (um) artigo científico para revista de Qualis/CAPES mínimo B4, diferente do artigo final da dissertação;
- XI. Restituir, em caráter obrigatório, todos os recursos recebidos da CAPES, quando da interrupção do estudo, salvo se motivado por força maior devidamente comprovada.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

**Assinatura do(a) bolsista:** \_\_\_\_\_

**Local de data:** \_\_\_\_\_

<p><b>Coordenador(a) do PPGOdonto</b></p>  <p>_____  <b>Nome e assinatura</b></p>	<p><b>Representante da Comissão de Bolsas</b>  <b>PPGOdonto</b></p>  <p>_____  <b>Nome e assinatura</b></p>
---	---

### APÊNDICE III - TERMO DE COMPROMISSO BOLSA DE ESTUDOS CAPES

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(nome do candidato) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(profissão) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(nº do CPF) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(endereço de residência) \_\_\_\_\_,  
(nº do CPF) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
, aluno(a) devidamente matriculado(a) no Curso de  
Mestrado em Clínica Odontológica, Programa de Pós-Graduação (PPGOdonto) da Faculdade de  
Odontologia da Universidade de Passo Fundo (FO-UPF), declaro, para os devidos fins, que tenho  
ciência das obrigações inerentes à qualidade de **bolsista CAPES**, e nesse sentido, comprometo-  
me a respeitar as seguintes cláusulas:

- I. Cumprir com todas as determinações do Regimento da Instituição, da Unidade e do PPGOdonto no qual está regularmente matriculado;
- II. Dedicar-se integralmente às atividades acadêmicas e de pesquisa do curso, cumprindo, no mínimo, 40 h de atividades semanais complementares no PPGOdonto, definidas e planejadas junto aos orientadores, que controlarão o cumprimento da exigência por caderno-ponto (adquirido pelo aluno);
- III. Cumprir o prazo estabelecido para titulação (24 meses);
- IV. Não possuir exercício profissional remunerado de qualquer natureza durante o período de concessão de bolsa, caracterizando dedicação integral e exclusiva com atividades do PPGOdonto;
- V. Participar de atividades extracurriculares sempre que forem convocados pelo PPGOdonto (ex.: reuniões e organização de eventos);
- VI. Apresentar desempenho excelente (conceito A) ou bom (conceito B) e frequência não inferior a 75% nas disciplinas de Mestrado;
- VII. Supervisionar o Laboratório de Pesquisa;
- VIII. Não estar cursando programas de residência ou especialização;
- IX. Participar de, no mínimo, 1 (um) encontro ou congresso científico da área do seu projeto de dissertação por ano;
- X. Em concordância com o Regimento do PPGOdonto, ao final da concessão do benefício, os alunos bolsistas devem entregar o comprovante de submissão de 1 (um) artigo científico para revista de Qualis/CAPES mínimo B4, diferente do artigo final da dissertação;
- XI. Fixar residência na cidade onde realiza o curso;
- XII. Restituir, em caráter obrigatório, todos os recursos recebidos da CAPES, quando da interrupção do estudo, salvo se motivado por força maior devidamente comprovada.

A inobservância dos requisitos citados acima, e/ou se praticada qualquer fraude pelo(a) bolsista, implicará(ão) no cancelamento da bolsa, com a restituição integral e imediata dos recursos, de acordo com os índices previstos em lei competente, acarretando ainda, a impossibilidade de receber benefícios por parte da CAPES, pelo período de cinco anos, contados do conhecimento do fato.

**Assinatura do(a) bolsista:** \_\_\_\_\_

**Local de data:** \_\_\_\_\_

<b>Coordenador(a) do PPGOdonto</b>	<b>Representante da Comissão de Bolsas PPGOdonto</b>
_____	_____
<b>Nome e assinatura</b>	<b>Nome e assinatura</b>

#### **APÊNDICE IV - RELATÓRIOS DE ATIVIDADES**

Ao final de cada ano letivo, antes do encerramento das aulas, os beneficiários de Taxa e da Bolsa de Estudo deverão entregar os seguintes documentos na Secretaria do PPG<sup>Odonto</sup> destinados à Comissão de Bolsas:

- I. Relatório de atividades comprobatórias de seu desempenho acadêmico, científicas e de suas atividades específicas como beneficiário, incluindo comprovantes das informações prestadas e dados precisos sobre o andamento da dissertação. O relatório deverá ser firmado pelo discente e seu orientador e entregue na Secretaria do PPG<sup>Odonto</sup> para análise pela Comissão de Bolsas.
- II. Beneficiário Taxa: cópia do contrato de trabalho e declaração de carga horária semanal de trabalho assinado pelo empregador ou pelo candidato ao benefício (no caso de atividade autônoma) ou declaração de inexistência de vínculo empregatício assinada pelo candidato ao benefício.
- III. Beneficiário Bolsa de Estudos: declaração de inexistência de vínculo empregatício ou atividade remunerada assinada pelo candidato ao benefício.

A não entrega da documentação a cada final de ano poderá implicar no cancelamento do benefício por decisão da Comissão de Bolsas, sem aviso prévio ao beneficiário.



## APÊNDICE V - DECLARAÇÃO DE INTENSÃO DE DEDICAÇÃO AO CURSO

Eu, (nome do candidato) \_\_\_\_\_, (nacionalidade) \_\_\_\_\_,  
(profissão) \_\_\_\_\_, (endereço de residência) \_\_\_\_\_,  
(nº do CPF) \_\_\_\_\_, candidato ao **Curso de Mestrado em Clínica Odontológica**,  
Programa de Pós-Graduação (PPGOdonto) da Faculdade de Odontologia da Universidade de  
Passo Fundo (FO-UPF) declaro minha intensão de dedicação integral ao curso. Caso seja  
contemplado com o benefício, assumo o compromisso de cumprir com o acordo determinado  
pelo Termo de Compromisso da modalidade de benefício (especificar Taxa ou Bolsa), com  
dedicação integral às atividades acadêmicas, científicas, monitoria e/ou auxílio na orientação de  
alunos dos cursos de graduação. Comprometo-me a informar à Comissão de Bolsas do  
PPGOdonto quaisquer alterações que possam ocorrer no decorrer da vigência da bolsa que  
invalidem essa declaração.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_  
Local e data

## APÊNDICE VI - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU ATIVIDADE REMUNERADA

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(nome do candidato) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(profissão) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(endereço de residência) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, candidato ao **Curso de Mestrado em Clínica Odontológica**,  
(nº do CPF) \_\_\_\_\_ Programa de Pós-Graduação (PPGOdonto) da Faculdade de Odontologia da Universidade de  
Passo Fundo (FO-UPF) declaro não possuir vínculo empregatício de qualquer natureza ou  
exercer atividade remunerada, ainda que sem registro ou vínculo formal, incluindo trabalhos  
temporários.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do candidato

\_\_\_\_\_  
Local e data