



EDITAL FAODO Nº 30, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2020

A FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS, por meio da Faculdade de Odontologia e da Comissão constituída na Resolução nº 84, de 29 de outubro de 2020, no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o Edital FAODO Nº 28, de 29 de outubro de 2020, torna público a RELAÇÃO DOS CANDIDATOS INSCRITOS DEFERIDOS do Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF), período 2020-2023.

1. **A RELAÇÃO GERAL DOS CANDIDATOS:**

1.1. A relação geral dos candidatos INSCRITOS DEFERIDOS encontra-se no ANEXO I deste edital.

2. **DO RECURSO:**

2.1. O candidato poderá recorrer nos dias 25 e 26 de novembro 2020, face à omissão de seu nome ou para retificação de dados ocorridos por erro de digitação, conforme modelo no ANEXO II deste Edital.

2.2. O recurso deverá ser dirigido à FAPEC e deverá ser escaneado e enviado (formato PDF) pela área do candidato, no endereço eletrônico <https://concurso.fapec.org>.

2.3. O arquivo não poderá exceder o tamanho de 2MB.

3. **DA APLICAÇÃO DA PROVA ESCRITA (OBJETIVA)**

3.1. A Prova Escrita (Objetiva), de caráter eliminatório e classificatório, será realizada no dia 05 DE DEZEMBRO DE 2020 e serão realizadas todas no PERÍODO VESPERTINO no município de Campo Grande/MS em horários e endereços a serem divulgados através de edital específico no dia 30 de novembro de 2020.

PAULO ZÁRATE
Diretor da Faculdade de Odontologia / UFMS

ANEXO I – RELAÇÃO GERAL DOS CANDIDATOS INSCRITOS DEFERIDOS

1000 - CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL		
N. INSC	NOME	DT. NASC
561246	AMANDA MACIEL CABRAL	19/10/1999
562731	ANA CLARA MARQUES DA CRUZ	26/02/1997
552749	BRUNA CAMILA LAZAROTTO	30/06/1996
550243	BRUNO GONÇALVES SULZER	20/04/1995
565085	CAIO CESAR SANTOS PATRON LUIZ	24/08/1993
564904	CLAUDIA SILVA CAÇÃO	03/07/1986
552971	DANIEL ADORNO ALVES	01/02/1996
562272	FLAVIANI ABRAHÃO DE ANDRADE	24/01/1998
550843	GABRIEL RAMOS GONÇALVES	25/11/1997
565264	GUSTAVO APARCIDO DOS SANTOS ANTUNES	01/10/1999
563807	JEFERSON RICARDO DA SILVA MACEDO	21/06/1996
551317	JÉSSICA CAROLINA GARCIA AVANCI MORETTI	15/02/1990
553425	JOÃO OSMÁRIO MARIANO ROSA	03/06/1996
552149	JUDSON NASCIMENTO BRASIL	05/02/1998
556947	JULIA GABRIELA VILELA NASCIMENTO	18/11/1996
565198	JULIANO ALEM POYER	28/01/1998
562800	KARYNNA LIBÓRIO FERNANDES	12/10/1997
551621	LARISSA DE REZENDE MENDES	21/10/1994
550974	MARCOS PHELIPE ARAUJO ANDRADE ALVES	15/12/1996
556743	MARIANA JULIA PIOLI DA COSTA	02/06/1983
551007	MARIANA PROENÇA DE OLIVEIRA	31/12/1995

564721	PAULA KARINE DA SILVA AGUIAR	31/10/1995
562525	STEFAN GABRIEL GONÇALVES MARTINIANO	07/02/1999
550032	THAINARA STEFANELLI	11/12/1997
562530	YGOR HENRIQUE PEREIRA FREITAS	25/04/1999

ANEXO II – MODELO DE FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO CONTRA DECISÃO RELATIVA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CTBMF).

RECURSO CONTRA DECISÃO RELATIVA AO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL (CTBMF), publicado no edital nº....., da Faculdade de Odontologia e da Comissão constituída na Resolução nº 84, de 29 de outubro de 2020 - CTBMF da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Eu....., portador do CPF nº....., requerimento da inscrição nº....., para concorrer a uma vaga no Programa De Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial (CTBMF), a vaga de

..... polo de
..... apresento recurso junto à Comissão, contra decisão que consta no referido edital. A decisão objeto de contestação é:

(explicitar a decisão que está contestando).

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

Para fundamentar essa contestação, encaminho anexos os seguintes documentos:

Local,.....de.....de 2020.

Nome completo | Assinatura do candidato



Documento assinado eletronicamente por **Paulo Zarate Pereira, Diretor(a)**, em 24/11/2020, às 17:23, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2271503** e o código CRC **74957E60**.

GABINETE DA DIREÇÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

