



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

FORMULÁRIO DE RECOMENDAÇÃO

(Área de Concentração de **Ortodontia**)

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

1. O preenchimento deverá ser à máquina ou com letra de imprensa (ou eletrônica).
2. O candidato deverá preencher o item A, entregando então esse formulário a um avaliador (professor ou supervisor) de sua escolha, juntamente com um envelope, devidamente selado e endereçado à:

**Faculdade de Odontologia da UFRJ
Disciplina de Ortodontia**

Av. Professor Rodolpho Paulo Rocco, 325
Ilha do Fundão - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
21941-617 - Cidade Universitária - Rio de Janeiro
Tel: (21) 3938-2015 - (21) 2590-2727 ou Tel/Fax: (21) 2590-9771
Informações sobre a área de concentração em Ortodontia: posgrad@ortodontia.ufrj.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

DADOS DO CANDIDATO

NOME: _____

TÍTULO: _____

ESPECIALIDADE: _____

UNIVERSIDADE DE ORIGEM: _____

SENHOR AVALIADOR

Gostaríamos de receber sua opinião sobre o aluno identificado acima em apoio ao pedido de inscrição que ele formula junto ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (área de concentração Ortodontia). Estamos particularmente interessados na habilidade do candidato em seguir estudos avançados, desenvolver pesquisas, dedicar-se ao ensino e à atividade clínica.

I. Conheço o candidato desde _____ como:

Aluno em curso de graduação Aluno em curso de Pós-Graduação

Orientado em trabalho de pesquisa Cirurgião-dentista de empresa ou Instituição Pública

Pesquisador em um projeto Outros

II. Em um total de _____ pessoas que conheci em circunstâncias similares o candidato se classifica profissionalmente:

- Entre os 5% melhores
 Entre os 10% melhores
 Entre os 20% melhores
 Entre os 50% melhores
 Abaixo dos 50% melhores

III. Classifique o candidato em relação aos seguintes pontos

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Deficiente
Capacidade Intelectual					
Capacidade de Trabalho Individual					
Capacidade de trabalho em Equipe					
Criatividade					
Capacidade de Expressão Escrita					
Capacidade de Expressão Oral					



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

IV. Considerações adicionais:

V.

Dados do avaliador:

Nome:

Endereço:

Titulação:

Instituição de Ensino:

Cargo:

_____, _____ de _____ de 20____

_____ Assinatura