|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  **Universidade Federal de Alfenas / UNIFAL-MG**  **Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação**  Av. Jovino Fernandes Sales, 2.600 - Alfenas – MG - CEP 37133-840  Fone: (35) 3701-1928 (Coordenação) / (35) 3701-1925 (Secretaria)  http://www.unifal-mg.edu.br/ppgcr/ |  |

**DADOS DO TRABALHO DE CONCLUSÃO – DEFESA DE DISSERTAÇÃO**

**Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | |
| Título da dissertação | |  | | | |
| Autor(a) | |  | | | |
| Mês/ano da Matrícula no programa | |  | | | |
| Mês/ano da defesa | |  | | | |
| Nível | | Mestrado Acadêmico | | | |
| Área de concentração do programa | | Avaliação e Intervenção em Ciências da Reabilitação | | | |
| Linha de pesquisa do programa | |  | | | |
| Título do Projeto de pesquisa | |  | | | |
| **BANCA EXAMINADORA –** Nome do professor e sigla da instituição de origem | | | | | |
| 1º Titular/Presidente: | | | | | |
| 2º Titular (interno): | | | | | |
| 3º Titular (externo): | | | | | |
| 1º Suplente (interno): | | | | | |
| 2º Suplente (externo): | | | | | |
| **INFORMAÇÕES SOBRE CO-ORIENTADOR** | | | | | |
| Nome completo | | | | | |
| Abreviatura em publicações | | | | CPF | |
| Nacionalidade | | | | E-mail | |
| TITULAÇÃO | Instituição de ensino superior de origem (nome completo e sigla): | | | | |
| Nível mais elevado | | | | Ano de obtenção | |
| Área do conhecimento (Capes): | | | | Nome e sigla da Instituição concedente do maior título: | |
| **REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA DA DISSERTAÇÃO** | | | | | |
| Biblioteca depositária | | | UNIFAL-MG | | |
| Número de páginas | | |  | | |
| Palavras chaves | | |  | | |
| **ATIVIDADE FUTURA** | | | **Escolher uma das atividades descritas** | | |
| Vínculo empregatício | | | ( ) CLT  ( ) Servidor Público  ( ) Aposentado  ( ) Colaborador  ( ) Bolsa de fixação | | |
| Tipo de instituição | | | ( ) Empresa pública ou estatal  ( ) Empresa privada  ( ) Outros  ( ) Instituição de ensino e pesquisa | | |
| Expectativa de atuação | | | ( ) Ensino e pesquisa  ( ) Pesquisa  ( ) Empresas  ( ) Profissional autônomo  ( ) Outros | | |
| Mesma área de titulação | | | ( ) Sim  ( ) Não | | |
| **RESUMO DA DISSERTAÇÃO** | | | | | |
| *Inserir aqui a versão final do resumo de dissertação.* | | | | | |
| Área de conhecimento (CNPq) | |  | | | |
| Orientador | |  | | | |
| Coorientador | |  | | | |
| Financiadores (bolsa e fomento do projeto) | |  | | | |
| **CONTATO** | | | | | |
| Logradouro | |  | | | |
| Bairro | | Cidade | | | Estado/País |
| CEP | |  | | | |
| Telefone: ( ) | | E-mail | | | |

**ATENÇÃO:** Esse documento deve ser entregue em formato doc., com a seguinte identificação do arquivo: **NOME COMPLETO DO ALUNO\_Termo\_Capes\_PPGCR\_ano.**