



**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Av. Prof. Alfredo Balena 190/sala 533
Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
E-mail: cpg@medicina.ufmg.br



TRABALHO DE CONCLUSÃO

ANO DA DEFESA

IDENTIFICAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em _____

Autor: _____

Nº CPF: _____ Entrada no curso: ____/____ (mês/ano)

Mês da Defesa: _____

Nível: Mestrado Doutorado

Título do trabalho:

DADOS SOBRE O SEU TRABALHO DE CONCLUSÃO: Preencha todos os itens, pois constarão no relatório da CAPES do próximo ano. Se precisar, busque ajuda de seu orientador.

1. Área/ Sub-área do conhecimento: Acesse www.cnpq.br/areasconhecimento/index.htm

2. Área de Concentração: (segundo seu Programa de Pós-Graduação)

3. Linha de Pesquisa: (segundo seu Programa de Pós-Graduação)

4. Projeto de Pesquisa: Nome do projeto de pesquisa ao qual o seu trabalho de conclusão está vinculado. Em geral, é o projeto de pesquisa coordenado pelo orientador que pode gerar mais de uma tese ou dissertação. Se o seu trabalho de conclusão for único e é o próprio projeto de pesquisa, escreva "Projeto Isolado"

5. Referência Bibliográfica: Biblioteca Depositária: UFMG

Volumes: _____ Nº de Páginas: _____ Idioma: Português

Palavras-Chave:

ORIENTAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO:

Orientador: _____

Co-orientador: _____

Co-orientador: _____

FINANCIADORES: Caso você tenha sido bolsista, ou tenha recebido algum auxílio financeiro

Nome da Instituição ou Agência financiadora: _____

Natureza: Bolsa Auxílio Financeiro Nº de Meses: _____

Nome da Instituição ou Agência financiadora: _____

Natureza: Bolsa Auxílio Financeiro Nº de Meses: _____

Nome da Instituição ou Agência financiadora: _____

Natureza: Bolsa Auxílio Financeiro Nº de Meses: _____

ATIVIDADE PROFISSIONAL

Vínculo Empregatício atual:

Empresa: _____

Tipo de Instituição

- Instituição de Ensino – particular ou pública
- Instituição de Pesquisa
- Instituição – pública ou privada

A expectativa de atuação após a defesa é na mesma área de titulação? Sim Não

CONTATO: Endereço residencial

Rua: _____ N° _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ País: _____

CEP: _____ Tel: _____

E-mail: _____

RESUMO: Incluir aqui o resumo do trabalho de conclusão. Favor entregar junto com o formulário uma cópia desse resumo gravada em arquivo eletrônico – disquete, CD ou por e-mail.