**TÍTULO DO PROJETO DE TCC**

Plano de Atividades submetido à aprovação do Conselho do Curso de Medicina Veterinária da UFERSA, como requisito para desenvolvimento do Trabalho de Conclusão do Curso.

**NOME DO ORIENTADOR:** Xxxxxxxxxxxxx

**DEPARTAMENTO DO ORIENTADOR:** Xxxxxxxxxxxxx

**NOME DO CO-ORIENTADOR:** (se houver)

**DEPARTAMENTO DO CO-ORIENTADOR:** Xxxxxxxxxxxxx

**NOME DO SUPERVISOR DE ESTÁGIO:** (se houver)

**LOCAL DE LOTAÇÃO DO SUPERVISOR:** Xxxxxxxxxxxxx

**NOME DO DISCENTE:** Xxxxxxxxxxxxx

**GRANDE ÁREA:** [vide tabela do CNPq](http://www.cnpq.br/documents/10157/186158/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf)

**ÁREA:** [vide tabela do CNPq](http://www.cnpq.br/documents/10157/186158/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf)

**SUB-ÁREA:** [vide tabela do CNPq](http://www.cnpq.br/documents/10157/186158/TabeladeAreasdoConhecimento.pdf)

**ENTIDADE FINANCIADORA:** (do projeto, se houver) Xxxxxxxxxxxx

**PREVISÃO DE DEFESA:** dia / mês

**MOSSORÓ-RN**

**MÊS/ANO**

**INTRODUÇÃO** (máximo 1 página)

**OBJETIVOS** (1 página)

**METODOLOGIA** (máximo 2 páginas)

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** (seguir orientações da [BOT/UFERSA](https://bibliotecas.ufersa.edu.br/wp-content/uploads/sites/21/2015/05/Normas-ABNT-para-TCC-em-slides-2016-junho.pdf))

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Atividades** | **Duração: xx meses** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Defesa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |