**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**

**ESCOLA DE SAUDE**

**CURSO SUPERIOR DE TECNOLOGIA EM GESTÃO HOSPITALAR**

**FICHA DE AVALIAÇÃO DO TCC – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Título:**

**Discente:**

**Orientador(a):**

**Avaliador(a) 1:**

**Avaliador(a) 2:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critérios de Avaliação** | **Orientador(a)\*** | **Avaliador(a) 1\*** | **Avaliador(a) 2\*** |
| **Estrutura do TCC** | | | |
| Introdução/Revisão da literatura/Objetivos |  |  |  |
| Método/Cronograma/Orçamento |  |  |  |
| Resultados esperados/ Considerações finais |  |  |  |
| Referências |  |  |  |
| **Apresentação do TCC** | | | |
| Capacidade de explicar a proposta de intervenção a ser desenvolvida |  |  |  |
| Capacidade de responder a questões relacionadas ao tema da intervenção |  |  |  |
| Postura, desenvoltura e capacidade de se comunicar oralmente, com uso de material didático |  |  |  |
| **Aspectos Gerais do TCC** | | | |
| Relevância, Originalidade e pertinência |  |  |  |
| Aplicabilidade dos resultados e benefícios institucionais |  |  |  |
| Correção ortográfica, coerência e coesão textual e correta formatação conforme as normas da ABNT |  |  |  |

*\*Preencher com os conceitos: INS (Insuficiente); REG (Regular); B (Bom)*

**SITUAÇÃO FINAL: ( ) Aprovado(a) ( )** Reprovado**(a)**

**ASSINATURAS:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Orientador(a)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Avaliador(a) 1**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Avaliador(a) 2**