



Proposta de Associação

Referência: _____ Data: 03 / 02 / 2015

Categoria: ☒ Mt. Bacharel () Mt. Especialista () Mt. Estudante () Colaborador



Nome: Karis Santos da Rocha

Nascimento: (dd/mm/aaaa): 04/09/1993

Nacionalidade: Brasileira

RG (e órgão emissor): 40.967.859-4

CPF: 421.646.258-89

Endereço para Correspondência e Dados de Contato

Rua/Av/Alameda: Av. Penha de França Nº 436

Complemento: Aplo: 07

Bairro: Penha

Cidade: São Paulo

UF (Estado): SP

CEP: 03606-000

Telefone-1 (incluir DDD): (11) 26474826

Telefone-2 (incluir DDD): (11) 986682268

Email (escreva legível): karis.rocha@hotmail.com

Website: _____

Formação Acadêmica

Nome da IES¹: FMU - Faculdades Metropolitanas Unidas

Título: _____

Local (cidade, estado): São Paulo - SP

Ano de Conclusão:

(se estudante, ano previsto de conclusão) 2014

Título TCC: A musicoterapia e os prazeres da música na re-
Se "Profissional" descreva as atividades principais desenvolvidas. abilitação do dependente
químico.