



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

**Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Fundação Universidade Estadual do Ceará – FUNECE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Secretaria de Stricto Sensu**



PROGRAMA DE DEMANDA SOCIAL/CAPES

RELATÓRIO SEMESTRAL DO PERÍODO:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do Bolsista

Nome do Curso de Pós-Graduação

Nome do Centro/Faculdade

Mestrado em

Centro de

Mês/Ano do início do Curso

Mês/Ano do início da bolsa

Nome do Coordenador do Curso

Nome do Professor Orientador do Bolsista

2.ATIVIDADES ACADÊMICAS

Total de Créditos Exigidos para Obtenção do
Título

Total de Créditos Cursados no Semestre Atual

Total de Créditos Acumulados em Semestre Atual

Total de Créditos a Serem Cursados

Disciplinas e/ou atividades cursadas no semestre

Nº de Créditos

Notas

Teóricos | Práticos

Obtidas

■

*

--	--	--	--

3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO SEMESTRE (estágios, seminários, participação em congressos, trabalhos publicados, conferências, exame a que se submete, etc.). Especificar.



4. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE TESE OU DISSERTAÇÃO

4.1 – Situação atual:

- Não ingressou ainda nessa atividade
- Realiza estudos preliminares para elaboração do projeto de tese ou dissertação
- Tem o projeto, mas não iniciou o trabalho experimental
- Está desenvolvendo o projeto de tese ou dissertação e já tem resultado
- Está elaborando o relatório final (ou a redação) da tese ou dissertação
- Terminou o trabalho de tese ou dissertação e está aguardando a defesa

OBS: Qualquer que seja a opção assinalada, informe a justificativa e/ou andamento dos resultados no item **4.2**, ou, caso ainda não tenha resultados envie cópia do projeto e faça um resumo no item **4.2**.

4.2 – Síntese do desenvolvimento da tese ou dissertação até o presente semestre (se o espaço for insuficiente, utilize o verso da folha ou envie em folha (s) separada (s)).

•

Local/ Data

Assinatura do bolsista

5. PARECER INDISPENSÁVEL DO PROFESSOR ORIENTADOR OU COORDENADOR DO CURSO

Local/Data

Assinatura do Professor Orientador
ou do Coordenador do Curso

6. ESPAÇO RESERVADO À COMISSÃO DE BOLSAS DO CURSO

Parecer do Relator

- Satisfatório
- Satisfatório sob condições (*)
- Não satisfatório (*)

OBSERVAÇÃO (ÕES):

Avaliado em ___/___/___

Nome por extenso do Relator

Assinatura do Relator

Nome por extenso do Presidente da Comissão

Assinatura do Presidente da Comissão