

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO<sup>1</sup>  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO<sup>2</sup>**



**Relatório Semestral de Atividades dos Pós-Graduandos**

- O preenchimento deste relatório é condição indispensável para sua matrícula em disciplinas do próximo semestre.
- O relatório fornecerá subsídios para concessão de bolsas e permanência no PPG.
- Entregue o relatório preenchido a seu orientador que preencherá sua parte, e encaminhará o mesmo, à secretaria do PPGNUT.

1. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Nome do discente:

3. Nível :  Mestrado

4. Orientador:

5. Co-orientador:

6. Bolsista:  sim  CAPES  FAPEAL Período da bolsa:   não

7. Número de créditos concluídos (incluir disciplinas em andamento):

8. Título do Projeto de Pesquisa:

9. Fase do projeto de pesquisa:

Enviado CEP/CEAU  Enviado e aprovado CEP/CEAU  Trocou de Projeto

Outra situação:  \_\_\_\_\_

Coleta de dados:

concluída  fase inicial  fase intermediária  fase final  não iniciada

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO<sup>1</sup>  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO<sup>2</sup>**



**Análise dos dados:**

concluída    fase inicial    fase intermediária    fase final    não iniciada

**Redação da Dissertação:**

concluída    fase inicial    fase intermediária    fase final    não iniciada

**Apresentação de resultados em evento científico:**

Evento:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Envio de trabalho(s) para publicação:**

Enviado 1. – Revista:

Qualis (Nutrição) :  Fator de Impacto:

**10. Data prevista para conclusão de Dissertação:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**11. Há previsão de solicitação de prorrogação da Defesa da Dissertação:**

Sim    Não

Se Sim, Justificativa:

**12. Descreva metas e cronograma que espera desenvolver no próximo semestre:**

**13. Comentários que julgar pertinente sobre o desenvolvimento de seu projeto:**

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO<sup>1</sup>  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO<sup>2</sup>



Assinatura do Discente: \_\_\_\_\_

**15. Parecer do Orientador sobre o desempenho do discente e desenvolvimento do projeto:**

Assinatura do Orientador: \_\_\_\_\_