

APÊNDICE II

PROGRAMA DE BOLSAS DE PESQUISA DO CENTRO DE ESTUDOS DA SAÚDE

Relatório de Acompanhamento Mensal de Atividades

Nome da pesquisa/projeto:	
Aluno(a)	Relatório número:
Orientador:	Código da Pesquisa:
Coorientador(es):	
Período de:	
[Orientador] Descrição das atividades realizadas no projeto	
[Orientador] Dificuldades Apresentadas no Desenvolvimento do Trabalho	
[Orientador] Avaliação das Atividades do Aluno	
1 - Cumprimento de carga horária: () Ruim () Regular () Bom () Ótimo 2 - Interesse nas atividades da pesquisa: () Ruim () Regular () Bom () Ótimo 3 - Progresso alcançado () Ruim () Regular () Bom () Ótimo 4 - Outras informações	
Data:	Assinatura do Aluno:
Data:	Assinatura do Orientador:
Data:	Assinatura do(s) Coorientador(es):