**RELATÓRIO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

|  |
| --- |
| **Importante:** O relatório deverá ser entregue para integralização do curso. Não serão aceitos relatórios sem assinaturas do aluno e do orientador. Por favor, utilizar os espaços disponíveis para o preenchimento do relatório. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOR** | | | | |
| NOME: | | | | |
| Abreviatura(s): | | | | |
|  | | | | |
| **TÍTULO DO TRABALHO** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **ÁREA DE CONCENTRAÇÃO** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **LINHA DE PESQUISA** | | | | |
| Validação química-biológica de fármacos de origem sintética e natural.  Nanotecnologia aplicada a fármacos e medicamentos. | | | | |
|  | | | | |
| **DATA DA DEFESA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
|  | | | | |
| **TRABALHO DESENVOLVIDO EM ALGUM PROJETO DE PESQUISA (projeto do orientador)** | | | | |
| Sim  Não | | | | |
| TÍTULO DO PROJETO: | | | | |
|  | | | | |
| **ARTIGO SUBMETIDO** | | | | |
| Sim  Não | | | | |
| TÍTULO DO ARTIGO: | | | | |
| PERIÓDICO: | | | QUALIS (Área Farmácia): | |
| DATA DA SUBMISSÃO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
|  | | | | |
| **ARTIGO PUBLICADO** | | | | |
| Sim  Não | | | | |
| TÍTULO DO ARTIGO: | | | | |
| PERIÓDICO: | | | QUALIS (Área Farmácia): | |
| DATA DE ACEITE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_. | | | | |
|  | | | | |
| **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** | | | | |
| BIBLIOTECA DEPOSITÁRIA: | | | | |
| VOLUME: | PÁGINAS: | | | IDIOMA: |
| PALAVRAS-CHAVE: | | | | |
|  | | | | |
| **RESUMO DO TRABALHO** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| **ORIENTADOR (A)** | | | | |
| NOME: | | | | |
| CPF: | | SIAPE: | | |
| TITULAÇÃO: | | ANO DE TITULAÇÃO: | | |
| E-MAIL: | | | | |
| IES DE TITULAÇÃO: | | | | |
| ÁREA DE TITULAÇÃO: | | | | |
|  | | | | |
| **BANCA EXAMINADORA** | | | | |
| NOME: | | | | |
| CPF: | | SIAPE: | | |
| TITULAÇÃO: | | ANO DE TITULAÇÃO: | | |
| E-MAIL: | | | | |
| IES DE TITULAÇÃO: | | | | |
| ÁREA DE TITULAÇÃO: | | | | |
|  | | | | |
| NOME: | | | | |
| CPF: | | SIAPE: | | |
| TITULAÇÃO: | | ANO DE TITULAÇÃO: | | |
| E-MAIL: | | | | |
| IES DE TITULAÇÃO: | | | | |
| ÁREA DE TITULAÇÃO: | | | | |
|  | | | | |
| NOME: | | | | |
| CPF: | | SIAPE: | | |
| TITULAÇÃO: | | ANO DE TITULAÇÃO: | | |
| E-MAIL: | | | | |
| IES DE TITULAÇÃO: | | | | |
| ÁREA DE TITULAÇÃO: | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DSICIPLINAS CURSADAS** | | | |
| **OBRIGATÓRIAS** | **NOTA** | **PROFESSOR** | **PERÍODO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **OPTATIVAS** | **NOTA** | **PROFESSOR** | **PERÍODO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **DISCIPLINAS CURSADAS EM OUTROS PROGRAMAS (CREDITADAS)** | | | |
| **DISCIPLINA** | **NOTA** | **PROFESSOR** | **PERÍODO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OUTRAS ATIVIDADES (PERÍODO DO CURSO)** | | | |
| **Evento** | **Local** | **Período** | **Observação** |
| **Seminários** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Congressos** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Mini Cursos** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Simpósio** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Outros (Listar)** |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **PUBLICAÇÕES** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FINANCIADORES** (agências ou instituições fomentadoras de bolsas ou auxílio; recurso disponibilizado pelo programa: SAUX/CAPES ou PROAP/CAPES; ou outros). | | | | | | | | | |
| NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| PAÍS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Órgão Federal | Órgão Estatal | | | | Fundação | | | Empresa Privada | |
| Entidade Internacional. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Outra. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Natureza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Nº de meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ATIVIDADE FUTURA** | | | | | | | | | |
| VÍNCULO EMPREGATÍCIO: | | Com vínculo  Bolsista | | | Sem vínculo  Autônomo | | | | Vínculo suspenso  Outros |
| TIPO DE INSTITUIÇÃO | | | Instituição de Ensino e Pesquisa  Empresa Pública ou Estatal | | | | Empresa Privada  Outros | | |
|  | | | | | | | | | |
| **EXPECTATIVA DE ATUAÇÃO** | | | | | | | | | |
| Ensino e Pesquisa | | | Pesquisa | | | Empresas | | | |
| Profissional Autônomo | | | Outras / Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Mesma área de titulação?  Sim  Não | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **DADOS GERAIS** | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| NACIONALIDADE: | | | | NATURALIDADE: | | | | | |
| CPF: | | | | Nº DE IDENTIDADE: | | | | | |
| SE ESTRANGEIRO | | | |  | | | | | |
| PASSAPORTE: | | | | R.N.E.: | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | | |
| BAIRRO: | | | | | | | | | |
| TELEFONE: | | | | FAX: | | | | | |
| CELULAR 1: | | | | CELULAR 2: | | | | | |
| E-MAIL: | | | | | | | | | |
| OBSERVAÇÃO: | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **A SER PREENCHIDO PELO(A) ALUNO(A):** | |
| CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO MESTRADO (INFORMANDO PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS): | |
| Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura: |

|  |  |
| --- | --- |
| **A SER PREENCHIDO PELO(A) ORIENTADOR(A):** | |
| PARECER SOBRE AS ATIVIDADES REALIZADAS PELO(A) ALUNO(A): | |
| Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura: |

|  |  |
| --- | --- |
| **A SER PREENCHIDO PELA COORDENAÇÃO:** | |
| Recebimento / Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura: |