



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FARMÁCIA
Núcleo de Acompanhamento de Estágio Não Obrigatório



RELATÓRIO DO (A) ESTAGIÁRIO (A)

IDENTIFICAÇÃO	
Nome completo	
Relatório parcial	()1 ()2 ()3 ()___ Relatório final ()
Nº de Matrícula	Período de estágio: / / até / /
Local de estágio	
Supervisor	

AUTOAVALIAÇÃO		
CRITÉRIOS	LIMITE	PONTUAÇÃO
Operacionalização adequada das atividades	4 pontos	
Interesse, iniciativa e empenho na realização de tarefas	2 pontos	
Responsabilidade quanto à pontualidade e assiduidade	2 pontos	
Relacionamento ético e autocontrole	1 ponto	
Capacidade de estabelecer prioridades	1 ponto	
SOMATÓRIO	10 pontos	

Atividades do “Plano de Atividades do Estágio” (incluir novas atribuições se houver acréscimo)	Completamente realizada	Parcialmente realizada	Não realizada



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FARMÁCIA
Núcleo de Acompanhamento de Estágio Não Obrigatório



Para as atividades parcialmente ou não realizadas, justifique:

Outros aspectos relevantes que gostaria de destacar, do(a) supervisor(a) ou da UFBA:

Data : _____

Assinatura do(a) Estagiário (a)

CAMPO DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO NAENO	
Recebido em: ____/____/____ _____	Parecer: <input type="checkbox"/> Compatível <input type="checkbox"/> Incompatível Salvador/BA, ____ de _____ de _____. _____ Professor (a) Orientador (a) Responsável