**PLANO DE ATIVIDADES – PAIC ESAP/ SEMSA 2025/2026**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO PROGRAMA** | PROGRAMA DE APOIO A INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO AMAZONAS |
| **SIGLA DA BOLSA** | PAIC-AM-2025-2026 |
| **NÍVEL DA BOLSA** | **( X ) ÚNICO** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS DO BOLSISTA (não omita ou abrevie nomes)** | | | | | | | |
| **NOME:** |  | | | | | | |
| **E-MAIL:** |  | | | | | | |
| **CPF:** |  | | **PASSAPORTE (ESTRANGEIRO):** | | | |  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** | |  | | | | | |
| **BAIRRO:** |  | | | | **CEP:** | |  |
| **CIDADE:** |  | | | | **ESTADO:** | | AM |
| **TELEFONE:** | **CELULAR:** | | | (XX) 9 XXXX-XXXX | | **FAX:** |  |
| **É OBRIGATÓRIO O CADASTRAMENTO DO BOLSISTA NO BANCO DE PESQUISADORES DA FAPEAM.** | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. FORMAÇÃO ACADÊMICA** | | | | | | | | | | |
| ( ) ENSINO FUNDAMENTAL ( ) ENSINO MÉDIO **( X ) GRADUAÇÃO** | | | | | | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO:** | | | | |  | | | | | |
| **CURSO E ANO:** | |  | | | | | | | | |
| **PERÍODO:** | |  | | **ANO PREVISTO PARA A CONCLUSÃO DO CURSO:** | | | | |  | |
| **3. DADOS DO ORIENTADOR DO BOLSISTA (não omita ou abrevie nomes)** | | | | | | | | | | |
| **NOME:** |  | | | | | | | | | |
| **E-MAIL:** |  | | | | | | | | | |
| **CPF:** |  | | | | | **PASSAPORTE (ESTRANGEIRO):** | | | |  |
| **INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO:** | | | | Secretaria Municipal de Saúde de Manaus | | | | | | |
| **MATRÍCULA:** |  | | | | | **LOTAÇÃO:** | |  | | |
| **TELEFONE:** |  | | **CELULAR:** | | |  | **FAX:** | | |  |
| **TITULAÇÃO:** |  | | | | | | | | | |
| **É OBRIGATÓRIO O CADASTRAMENTO DORIENTADOR NO BANCO DE PESQUISADORES DA FAPEAM.** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. DADOS DO COORIENTADOR DO BOLSISTA, SE HOUVER (não omita ou abrevie nomes)** | | | | | | | | | | |
| **NOME:** |  | | | | | | | | | |
| **E-MAIL:** |  | | | | | | | | | |
| **CPF:** |  | | | | | **PASSAPORTE (ESTRANGEIRO):** | | | |  |
| **INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO:** | | | |  | | | | | | |
| **UNIDADE:** | |  | | | | | | **DEPARTAMENTO:** | |  |
| **TELEFONE:** | | |  | | **CELULAR:** | |  | | **FAX:** |  |
| **TITULAÇÃO:** | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. INSTITUIÇÃO ONDE PRETENDE DESENVOLVER O PROJETO** | | | |
| **INSTITUIÇÃO:** | Secretaria Municipal de Saúde de Manaus | | |
| **UNIDADE E DEPARTAMENTO:** | Escola de Saúde Pública de Manaus. | | |
| **ENDEREÇO:** | Av. Mario Ypiranga, R. Penetração, 1689 - Nossa Sra. das Gracas, Manaus | | |
| **TELEFONE:** | (92) 98842-8247 | **FAX:** |  |
| **E-MAIL:** | paicsemsa.esap@manaus.am.gov.br | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. TÍTULO DO PROJETO DO BOLSISTA** | | | | | | | |
| **TÍTULO:** |  | | | | | | |
| **ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | | | | | |
| **SUBÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | | | | | |
| **LINHA DE PESQUISA (marcar apenas uma):** | | | | | | | |
| ( ) ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  ( ) ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  ( ) EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO E COMUNICAÇÃO NA SAÚDE | | ( ) POLÍTICAS PÚBLICAS NA AMAZÔNIA  ( ) SAÚDE BUCAL  ( ) VIGILÂNCIA EM SAÚDE | | | | | |
| **PRIMEIRA SUBMISSÃO ( )** | **RENOVAÇÃO ( )** | | | | | | |
| **APROVAÇÃO DO CEP/CONEP** | **SIM ( )** | | | | **NÃO ( )** | | |
| **n. PARECER APROVADO** |  | | **C.A.A.E.:** | | |  | |
| **INÍCIO:** | 01/08/2025 | | | **TÉRMINO:** | | | 31/07/2026 |

|  |
| --- |
| **7. PALAVRAS-CHAVE DO PROJETO (até cinco)** |

|  |
| --- |
| **8. RESUMO DO PLANO DE ATIVIDADES (até 3.000 caracteres)** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. OBJETIVOS E METAS** |

**9.1 Objetivo Geral (Alvo)**

|  |
| --- |
|  |

**9.2 Objetivos específicos**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **10. MÉTODOS** |
|  |

**10.1 Informar o Material necessário para a execução do projeto**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11. CRONOGRAMA (Marcar com um X)** | | | | | | | | | | | | |
| **Meta/Atividade** | Ago  2025 | Set | Out | Nov | Dez | Jan  2026 | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Envio de relatório parcial |  |  |  |  |  | **X** |  |  |  |  |  |  |
| Apresentação Parcial |  |  |  |  |  | **X** |  |  |  |  |  |  |
| Envio de relatório Final |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** |
| Apresentação Final |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **X** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **12. EQUIPE DE PESQUISA** | | | | |
| **Nome** | **CPF** | **Titulação** | **Função** | **Link do lattes** |
|  |  |  | Orientador |  |
|  |  |  | Bolsista |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |