**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** | Ago2025 | Set | Out | Nov | Dez | Jan2026 | 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 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |