**FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DO AMAZONAS (HEMOAM)**

**DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA (DEP)**

**GERÊNCIA DE PESQUISA (GP)**

**PROGRAMA DE APOIO À INICIAÇÃO CIENTIFICA (PAIC)**

**FORMULÁRIO PLANO DE ATIVIDADES – BOLSISTA 2024/2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO PROGRAMA** | PROGRAMA DE APOIO A INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO AMAZONAS |
| **SIGLA DA BOLSA** | PAIC-AM-2024-2025 |
| **NÍVEL DA BOLSA** | ( ) NÍVEL A ( ) NÍVEL B ( ) NÍVEL C ( ) NÍVEL D  ( ) NÍVEL E ( ) NÍVEL F ( ) NÍVEL G ( ) NÍVEL H  ( ) NÍVEL I ( ) NÍVEL J ( ) NÍVEL II ( ) NÍVEL III  ( ) NÍVEL IV ( ) NÍVEL V ( X ) ÚNICO |
| *É OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO DO PROGRAMA, BOLSA E NÍVEL.* | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DADOS DO BOLSISTA (não omita ou abrevie nomes)** | | | | | | | | | | |
| **NOME:** |  | | | | | | | | |  |
| **E-MAIL:** |  | | | | | | | | |  |
| **CPF:** |  | | | **PASSAPORTE (ESTRANGEIRO):** | | | | |  |  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** | |  | | | | | | | |  |
| **BAIRRO:** |  | | | | | **CEP:** | | |  |  |
| **CIDADE:** |  | | | | | **ESTADO:** | | | AM |  |
| **TELEFONE:** |  | | **CELULAR:** | |  | | **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:** | | | |  | | | | | | | | |  |
| **3. DADOS DO COORDENADOR / ORIENTADOR DO BOLSISTA (não omita ou abrevie nomes)** | | | | | | | | | | | | | |
| **NOME:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **E-MAIL:** |  | | | | | | | | | | | | |
| **CPF:** |  | | | | | | | **PASSAPORTE (ESTRANGEIRO):** | | | |  | |
| **INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO:** | | | | |  | | | | | | | | |
| **UNIDADE:** | |  | | | | | | | | **DEPARTAMENTO:** | |  | |
| **TELEFONE:** | | |  | | | | **CELULAR:** | |  | | **FAX:** |  | |
| **TITULAÇÃO:** | | |  | | | | | | | | | | |
| **É OBRIGATÓRIO O CADASTRAMENTO DO COORDENADOR/ORIENTADOR NO BANCO DE PESQUISADORES DA FAPEAM.** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. INSTITUIÇÃO ONDE PRETENDE DESENVOLVER O PROJETO** | | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO:** | Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - HEMOAM | | | | | |
| **UNIDADE E DEPARTAMENTO:** | | Diretoria de Ensino e Pesquisa - DEP, Gerência de Pesquisa - GP | | | | |
| **ENDEREÇO:** | Av. Constantino Nery, 4397, Bloco A, 2° Andar, Sala 06 | | | | | |
| **TELEFONE:** | (92) 3655-0281 | | **CELULAR:** |  | **FAX:** |  |
| **E-MAIL:** | paichemoam@gmail.com | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5. TÍTULO DO PROJETO DO BOLSISTA** | | | |
| **TÍTULO:** |  | | |
| **ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | |
| **SUB ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | |
| **INÍCIO:** | 01/08/2024 | **TÉRMINO:** | 31/07/2025 |

|  |
| --- |
| **6. PALAVRAS-CHAVE DO PROJETO (até cinco)** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. RESUMO DO PLANO DE ATIVIDADES (até 3.000 caracteres)** |
|  |

|  |
| --- |
| **8. OBJETIVOS E METAS** |

**8.1 Objetivo Geral (Alvo)**

|  |
| --- |
|  |

**8.2 Metas e Indicadores**

|  |  |
| --- | --- |
| Metas (Objetivo Específico + Prazo) | Indicadores Quantitativos |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **9. METODOLOGIA (Máximo de 2 páginas–não alterar a formatação)** |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. CRONOGRAMA (Marcar com um X)** | | | | | | | | | | | | |
| **Meta/Atividade** | Ago  2024 | Set | Out | Nov | Dez | Jan  2025 | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |