**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO PROGRAMA** | PROGRAMA DE APOIO A INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO AMAZONAS |
| **SIGLA DA BOLSA** | PAIC-AM-2019-2020 |
| **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. PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | | | | | | | | | | |
| ( ) ESPECIALIZAÇÃO ( ) MESTRADO ( ) DOUTORADO ( ) PÓS-DOUTORADO | | | | | | | | | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO:** | | | | | |  | | | | | | |
| **CURSO E ANO:** | | | |  | | | | | | | | |
| **4. 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.** | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. INSTITUIÇÃO ONDE PRETENDE DESENVOLVER O PROJETO** | | | | | | |
| **INSTITUIÇÃO:** | Fundação Hospitalar de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - HEMOAM | | | | | |
| **UNIDADE E DEPARTAMENTO:** | | Gerência de Pesquisa - GP | | | | |
| **ENDEREÇO:** | Av. Constantino Nery, 4397, Bloco A, 2° Andar | | | | | |
| **TELEFONE:** | **(92) 3655-0113** | | **CELULAR:** |  | **FAX:** |  |
| **E-MAIL:** | paichemoam@gmail.com | | | | | |
| **É OBRIGATÓRIO O CADASTRAMENTO DO COORDENADOR/ORIENTADOR NO BANCO DE PESQUISADORES DA FAPEAM.** | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6. PROJETO DE PESQUISA DO COORDENADOR / ORIENTADOR** | | | |
| **TÍTULO:** |  | | |
| **ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | |
| **SUB ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | |
| **INÍCIO:** | 01/08/2019 | **TÉRMINO:** | 31/07/2020 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7. PLANO DE ATIVIDADES DO BOLSISTA** | | | |
| **TÍTULO:** |  | | |
| **ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | |
| **SUB ÁREA DO CONHECIMENTO:** |  | | |
| **INÍCIO:** | 01/08/2019 | **TÉRMINO:** | 31/07/2020 |

|  |
| --- |
| **8. PALAVRAS-CHAVE DO PROJETO (até cinco)** |
|  |

|  |
| --- |
| **9. RESUMO DO PLANO DE ATIVIDADES (até 3.000 caracteres)** |
|  |

|  |
| --- |
| **10.** **OBJETIVOS E METAS** |

**10.1 Objetivo Geral (Alvo)**

|  |
| --- |
|  |

**10.2 Metas e Indicadores**

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

|  |
| --- |
| **11. METODOLOGIA** **(**Máximo de 2 páginas–não alterar a formatação**)** |

**11.1 Informar as Etapas do Projeto**

|  |
| --- |
|  |

**11.2 Informar os Métodos, Ferramentas ou Técnicas a serem utilizadas para alcançar as metas do projeto**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **12. CRONOGRAMA (Marcar com um X)** | | | | | | | | | | | | |
| **Meta/Atividade** | Ago  2019 | Set | Out | Nov | Dez | Jan  2020 | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **13. DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO BOLSISTA** |
| Declaro, para fins de direito, conhecer as Normas Gerais fixadas pela FAPEAM para concessão de BOLSAS e assumo o compromisso de dedicar-me às atividades de pesquisas ou ensino durante a vigência do benefício. |
| Manaus, . |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ASSINATURA DO BOLSISTA |

|  |
| --- |
| **14. DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO COORDENADOR / ORIENTADOR DO BOLSISTA** |
| Declaro, para fins, de direito, Responsabilizar-me pelo controle de freqüência e execução do Plano de Trabalho do Bolsista. |
| Manaus, . |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ASSINATURA DO COORDENADOR / ORIENTADOR DO BOLSISTA |

|  |
| --- |
| **15. DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO DIRIGENTE DA INSITUIÇÃO ONDE SERÁ DESENVOLVIDO O PROJETO** |
| Declaro que, no caso de aprovação deste projeto o Bolsista terá o apoio institucional necessário para realização de suas atividades. Em particular, será garantida, ao Bolsista permissão ao uso de todas as instalações (laboratórios, redes de computação, biblioteca, base de dados, etc.) e o acesso a todos os serviços (técnicos, administrativos, de importação etc.) disponíveis na Instituição e relevantes para execução do projeto. |
| Manaus, |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ASSINATURA DO DIRIGENTE DA INSTITUIÇÃO (CARIMBO) |

**É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS ITENS E DAS ASSINATURAS**