



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA  
FACULDADE ANGLO AMERICANO DE JOÃO PESSOA  
CONSELHO SUPERIOR - CONSUP

Rua Ladeira de São Francisco, nº. 16 – Centro, João Pessoa – PB.

CEP: 58010-630 - Fone : (083) 3044- 0413

www.cienciasmedicas.com.br



**FORMULÁRIO PARA APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA E  
EXTENSÃO DA FCMPB/ FAAJP**

**Para uso do APEX**

Protocolo Projeto APEX: \_\_\_\_\_

Data de Entrada no APEX: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

**1.1** Título:

**1.2** Ano letivo:

**1.3** Carga horária semanal (semanal TOTAL):

Dia e horário de planejamento:

Dia e horário de ação ou pesquisa:

Carga horária total (anual):

**1.4** Curso para o(s) qual(is) abrirá a(s) vaga(s)

( ) ENFERMAGEM.

Nº de vagas para egresso (alunos que já concluíram a graduação na FCMPB): \_\_\_\_\_

( ) FARMÁCIA.

Nº de vagas para aluno: \_\_\_\_\_.

Nº de vagas para egresso (alunos que já concluíram a graduação na FAAJP): \_\_\_\_\_

( ) FISIOTERAPIA.

Nº de vagas para aluno: \_\_\_\_\_.

Nº de vagas para egresso (alunos que já concluíram a graduação na FCMPB): \_\_\_\_\_

( ) MEDICINA.

Nº de vagas para aluno: \_\_\_\_\_.

Nº de vagas para egresso (alunos que já concluíram a graduação na FCMPB): \_\_\_\_\_

( ) NUTRIÇÃO.

Nº de vagas para aluno: \_\_\_\_\_.

Nº de vagas para egresso (alunos que já concluíram a graduação na FCMPB): \_\_\_\_\_

**1.5** Linha da extensão:

1. Educação em saúde, cidadania e trabalho ( )
2. Atenção em saúde ( )
3. Ciências básicas em saúde ( )
4. Gestão em saúde ( )

**1.6** Linha de pesquisa:

1. Educação em Saúde ( )

- 2. Saúde da Família e Comunidade ( )
- 3. Políticas Afirmativas ( )
- 4. Saúde Ambiental ( )
- 5. Gestão em Saúde ( )
- 6. Atenção a Saúde do Trabalhador ( )
- 7. Atenção à Saúde da Mulher e do Homem ( )
- 8. Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente ( )
- 9. Atenção à Saúde do Idoso ( )
- 10. Atenção à Saúde Mental ( )

1.7 Local onde será desenvolvido:

1.8 Outras instituições envolvidas (especificar como se configura o envolvimento):

**2. EQUIPE EXECUTORA (DOCENTE RESPONSÁVEL E COLABORADORES)**

**2.1 Docente responsável**

Nome do professor:  
 IES ao qual está vinculado: FCMPB ( ) FAAJP( )  
 Titulação: Dr ( ) Ms ( ) Esp ( )  
 Área de Conhecimento:  
 CPF:  
 Identidade/órgão:  
 Endereço:  
 Telefone:  
 E-mail:  
 Link do currículo na Plataforma Lattes:

**3. TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA E EXTENSÃO**

**4. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA**

**5. OBJETIVO DO PROJETO**

**6. METODOLOGIA (Descrever etapas de desenvolvimento, estratégias de ação, população alvo, metas e estratégias de avaliação do projeto)**

**7. REFERÊNCIAS**

**8. PLANO DE TRABALHO**

ATIVIDADE	MESES (ACOMPANHAR CALENDÁRIO LETIVO)									
	MAR	ABR	MAIO	JUN	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	


**Obs: JUNTO AO RELATÓRIO FINAL, DEVERÁ SER ENTREGUE COMPROVANTE DE ENCAMINHAMENTO DE MANUSCRITO A ALGUMA REVISTA CIENTÍFICA OU A EVENTO CIENTÍFICO.**

## **9. IMPORTÂNCIA DO PROJETO PARA FORMAÇÃO DISCENTE E PÚBLICO-ALVO**

Data:

Nome completo sem abreviaturas: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA  
FACULDADE ANGLO AMERICANO DE JOÃO PESSOA  
CONSELHO SUPERIOR - CONSUP

Rua Ladeira de São Francisco, nº. 16 – Centro, João Pessoa – PB.

CEP: 58010-630 - Fone : (083) 3044- 0413

www.cienciasmedicas.com.br



**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO EM QUE OCORRERÃO AS  
AÇÕES DO PROJETO**

Declaro para os devidos fins que, após ler a proposta do projeto, intitulado

\_\_\_\_\_,  
em \_\_\_\_\_, 201\_\_\_, sob a responsabilidade do professor(a)

\_\_\_\_\_,  
vinculada à FCMPB/FAAJP. E mediante a aprovação do referido projeto pela instituição de  
origem, AUTORIZO sua realização na  
\_\_\_\_\_, sendo  
seu de responsabilidade da APEX.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável pela Instituição  
onde as ações do projeto será desenvolvido

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Professor Responsável do projeto



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA  
FACULDADE ANGLO AMERICANO DE JOÃO PESSOA  
CONSELHO SUPERIOR - CONSUP

Rua Ladeira de São Francisco, nº. 16 – Centro, João Pessoa – PB.

CEP: 58010-630 - Fone : (083) 3044- 0413

www.cienciasmedicas.com.br



## DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA DA COORDENAÇÃO DE CURSO

Declaro para os devidos fins que, os docentes abaixo nominados dispõem das referidas cargas-horárias semanais para a participação no projeto de pesquisa e extensão, apresentado a APEX, em 201\_\_.

Título do Projeto:

Objetivos:

Professor Responsável e carga horária semanal:

Por ser verdade dou fé a presente declaração.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Assinatura e carimbo do Coordenador de curso  
da FCMPB/FAAJP

---

Assinatura do Professor Responsável