**PROJETO DE EXTENSÃO**

**ORIENTAÇÕES PARA AUTORIZAÇÃO E MODELO DE PROJETO**

**ATENÇÃO**:

* Após preenchidos, os documentos deverão ser enviados por e-mail ([nucleopesquisa.emsp@gmail.com](mailto:nucleopesquisa.emsp@gmail.com)) ao núcleo de pesquisa da Escola Municipal de Saúde Pública – EMSP (arquivo do projeto e o requerimento).
* Na ausência de qualquer um dos documentos, preenchimento inadequado ou projeto de extensão fora do padrão, o e-mail será devolvido sem protocolo e/ou não será recebido pelo Núcleo de Projetos de Pesquisa, Extensão e Intervenção da EMSP.
* O projeto deve ser em formato de resumo estendido, conter no máximo 15 páginas numeradas, escrito em fonte *Times New Roman* 12, espaço um e meio. O conteúdo mínimo necessário deve **obrigatoriamente conter os itens abaixo**:

**MODELO PARA O PROJETO DE EXTENSÃO**

1. **TÍTULO**
2. **ÁREA TEMÁTICA** – Tendo em vista a natureza interdisciplinar da extensão universitária, elencar as áreas do conhecimento que estão envolvidas no trabalho. De acordo com a Política Nacional de Extensão, os projetos precisam apresentar vínculo com uma das seguintes áreas temáticas: (a) Saúde;(b) Educação; (c) Comunicação;(d) Cultura;(e) Meio Ambiente; (f) Direitos Humanos e Justiça; (g) Tecnologia e Produção e (h) Trabalho.
3. **MODALIDADE –** Programas, Projetos, Cursos, Eventos e Serviços e incluem atividades técnicas, científicas, culturais e artísticas, traduzidas nas modalidades: Atividades de ensino; Atividades de difusão cultural; Atividades de prestação de serviços; Atividades de parceria Universidade/Faculdade e Sociedade (aquelas que visam atender a demandas da comunidade em geral e à redefinição de atividades de ensino e pesquisa)
4. **COORDENAÇÃO** – Pelo menos um professor ou professora deverá ser responsável por orientar o projeto.
5. **EQUIPE TÉCNICA –** Listar nomes e atribuições específicas no projeto (todos os envolvidos na iniciativa: membros da comunidade acadêmica e externa, alunos e professores, profissionais das áreas a qual se destina, servidores, conselhos). As atividades de extensão são de caráter acadêmico extracurricular, não havendo obrigatoriedade da participação de alunos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Função específica | Link Lattes |
|  | Vice coordenador(a) | http://lattes.cnpq.br/ |
|  |  | http://lattes.cnpq.br/ |
|  |  | http://lattes.cnpq.br/ |

1. **INSTITUIÇÃO**
2. **DEPARTAMENTO OU SETOR**
3. **INSTITUIÇÕES PARCEIRAS** – Instituições que apoiam o projeto ou auxiliam na execução das atividades.
4. **PÚBLICO ALVO E NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES** – Estimativa da quantidade de pessoas envolvidas e público que participará ativamente das atividades e/ou que serão diretamente beneficiadas com o projeto de extensão universitária.
5. **LOCAL(IS) DE REALIZAÇÃO** – Localidade(s) onde serão desenvolvidas as atividades, tanto interna quanto externamente (distrito, departamento, unidade de saúde).
6. **PERÍODO** – Data de início e encerramento (máximo de dois anos) das atividades. Caso o projeto de extensão, por sua natureza, for prolongar-se por períodos longos, deverá ter o progresso avaliado. Para isto, todos os projetos devem ser reelaborados e reavaliados a cada dois anos, no máximo, sendo necessária nova submissão à Instituição de Ensino e à Secretaria Municipal de Saúde – SMS por meio da EMSP.
7. **RESUMO DA PROPOSTA** – Deverá ser objetivo e conciso. Resumir a proposta conforme descrito abaixo:

* **Fundamentação teórica –** base teórica a respeito da temática e da problematização do projeto.
* **Objetivos –** exponha os [objetivos gerais e específicos](https://blog.mettzer.com/diferenca-entre-objetivo-geral-e-objetivo-especifico/) do projeto/programa de extensão, de forma delimitada e clara.
* **Justificativa –** abordar a relevância do projeto, a motivação para sua concretização e impactos esperados. Descrever a relação do projeto com a pesquisa, o ensino universitário, e o que se quer “estender” à sociedade.
* **Metodologia de ação –** definição das atividades e descrição dos métodos e técnicas, instrumentos ou procedimentos que serão utilizados para desenvolver as ações que integram o projeto, critérios de seleção dos participantes quando for o caso, e se haverá análise dos resultados. Devem ser informados os aspectos práticos relacionados com a execução do programa ou projeto, ou seja: onde? quando? como? para quem?
* **Riscos e benefícios para os participantes**
* **Riscos e benefícios à Secretaria Municipal de Saúde**
* **Impactos desejados –** relatar os impactos esperados da proposta junto à comunidade, através da demonstração de número de ações, atendimentos e questionários de satisfação, por exemplo.
* **Avaliação**  - descrever os instrumentos e/ou estratégias metodológicas a serem empregadas na avaliação dos resultados
* **Referências**

1. **CRONOGRAMA GERAL**: apresentar cronograma detalhado do projeto de extensão com definição das etapas do projeto por período de tempo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADES** | **ANO** | | | | | | | | | | | |
| **Meses** | | | | | | | | | | | |
| **Jan** | **Fev** | **Mar** | **Abr** | **Mai** | **Jun** | **Jul** | **Ago** | **Set** | **Out** | **Nov** | **Dez** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **CRONOGRAMA ESPECÍFICO DO PERÍODO DE EXECUÇÃO DO PROJETO NAS UNIDADES DA SMS E DEVOLUTIVA À EMSP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATIVIDADES** | **ANO** | | | | | | | | | | | |
| **MESES** | | | | | | | | | | | |
| **Jan** | **Fev** | **Mar** | **Abr** | **Mai** | **Jun** | **Jul** | **Ago** | **Set** | **Out** | **Nov** | **Dez** |
| **Atividades do projeto nas Unidades da SMS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **DESCRIÇÃO DOS RECURSOS A SEREM UTILIZADOS DA UNIDADE DA SMS (insumos, materiais em geral detalhados em itens e quantidades)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **QUANTIDADE** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ORÇAMENTO E PLANILHA DE CUSTOS (DETALHADA)** Mencionar as fontes de recursos financeiros conforme modelo abaixo. Incluir declaração (vide modelo no Anexo I).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIÇÃO** | **QUANTIDADE** | **VALOR UNITARIO** | **VALOR TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **LOCAL, DATA E ASSINATURA DO COORDENADOR(A) RESPONSÁVEL**

Goiânia, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professor(a) coordenador(a)

(com assinatura pelo GOV.BR ou assinatura eletrônica qualificada)

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO SOBRE OS RECURSOS FINANCEIROS**

**Ao**

**Núcleo de Projetos de Pesquisa, Extensão e Intervenção – EMSP/SMS**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, professor(a) coordenador(a) responsável pelo projeto de extensão intitulado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que os recursos financeiros para execução serão:

( ) Desnecessários.

( ) Patrocinados pela empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Patrocinados parcial ou totalmente pela Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Por exemplo: CNPq, FAPESP, FAPEG, FM, HC, UFG, SES ou outra)

( ) Patrocinada parcial ou totalmente pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. Justificativa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Responsabilidade dos professores e alunos participantes do projeto.

Goiânia, \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professor(a) coordenador(a)

(com assinatura pelo GOV.BR ou assinatura eletrônica qualificada)