**ANEXO I – FORMULÁRIO DE SUBMISSÃO PPSUS**

 **(Após preencher o formulário passar o arquivo para PDF)**

**Dados do Edital**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo do fomento** | **Sigla do Edital** |
|  Fomento PPSUS |  EFD\_00000132 |
| **Nome do Edital** |
|  CHAMADA FAPT/SESAU/TO-Decit/SCTIE/MS-CNPq/N°01/2017 - Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS/TO |

**Dados do Coordenador do Projeto**

|  |
| --- |
| **NOME DO COORDENADOR:**  |
|  **Instituição** | **Órgão** | **Unidade** |
|   |   |   |
| **O Projeto será desenvolvido na instituição de vínculo do Coordenador?** |
|  |

**Dados do Projeto**

|  |
| --- |
| **MOTIVO DO USO DESTE FORMULÁRIO** |
|  **Submissão de nova proposta** ( ) |
| **Alteração de proposta já validada no SISC&T** ( ) |
| **Título** |
|  |
| **Modalidade de Gestão** | **Duração total** | **Data prevista para início** |
|  |  24 |   |
| **Pesquisa envolve algum grupo Populacional?** | **A Pesquisa terá como escopo alguma Área Geográfica?** |
|  (Sim ou não) |  (sim ou não) |
| **Tipo de pesquisa:** |
| **Natureza da Pesquisa:**  |
| **Setor de aplicação da pesquisa:** |
| **Resumo** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Introdução** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Objetivos** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Metodologia** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Resultados esperados** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Justificativa e Aplicabilidade do Projeto junto ao SUS** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Interesse e participação no setor produtivo** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Referências bibliográficas** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |
| **Produtos, avanços e aplicações esperadas** |
| (até 3000 caracteres com espaço) |

**Tema do Edital para o Projeto**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tema** | **Linha Temática** | **Sub-Linha Temática** |
|   |  |   |

**Centro Coordenador**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **Instituição** | **CNPJ** |
|   |  |  |
| **Orgão** | **Unidade** |
|  |  |

**Instituição Colaboradora**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Instituição** | **CNPJ** | **É de Serviço Saúde?** |
|  |  |  |   |

**Centros-Âncora (instituição principal)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **Instituição** | **Órgão/Departamento** | **CNPJ** | **Coordenador** | **CPF** |
|  |  |  |  |  |  |

**Equipe Técnica**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Integrante** | **Qualificação** | **Função** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Grupo Populacional**

|  |
| --- |
| **Raça/Cor** |
|   |
| **Sexo** |
|   |
| **Faixa Etária** |
|   |

**ANPPS – Principal http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\_nacional\_prioridades\_2ed\_3imp.pdf**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SubAgenda Principal** | **Tema Principal** | **Linha Principal** | **SubLinha Principal** |
|  |  |  |  |

**ANPPS - Transversalidade**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SubAgenda Transversal** | **Tema Transversal** | **Linha Transversal** | **SubLinha Transversal** |
|  |  |  |  |

**Orçamento**

Caso ocorra erro no cálculo dos itens, será considerado o valor total apresentado.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo** | **Item** | **Especificação do Item** | **Qtd** | **Valor Unit.** | **Valor Total** |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |
|  |  |  |  |  |  |
| Justificativa da necessidade do item:--- |

|  |
| --- |
| **Totais** |
|  **Capital** |  |
|  **Custeio** |  |
| **Geral** |  |

**Cronograma**

|  |  |
| --- | --- |
| **Atividade** | **Mês/Ano** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |