



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica
Programa de Iniciação Científica – Seleção 2025-2026

ANEXO I

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO	
Identificação do(a) Orientador(a)	
Nome Completo (sem abreviação):	
CPF:	
Telefone Celular:	
E-mail:	
Profissão:	
Local de lotação na SES-DF:	
Títulos Acadêmicos do(a) Orientador(a)	
<input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado	
Atua como Docente em Instituição de Ensino Superior (IES)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Em caso afirmativo, marque as opções correspondentes: <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Pós-Graduação <i>lato sensu</i> <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> ESCS <input type="checkbox"/> Outra IES	
PROJETOS INSCRITOS <i>(no máximo 02 projetos com até 02 estudantes cada)</i>	
PROJETO 01	
Título do Projeto:	
ESTUDANTES ENVOLVIDOS	
Preferência de Modalidade de Bolsa para o Estudante 1A : <input type="checkbox"/> IC/ESCS/FEPECS <input type="checkbox"/> IC-Af/ESCS/FEPECS <input type="checkbox"/> PIBIC/CNPq <input type="checkbox"/> PIBIC-Af/CNPq	
Estudante 1A: <input type="checkbox"/> Bolsista <input type="checkbox"/> Voluntário	
Nome Completo (sem abreviação):	
CPF:	

Telefone Celular:	
E-mail:	
Endereço completo:	
Cidade:	CEP:
Curso: () Enfermagem () Medicina () Outro:	
Instituição: () ESCS () Outra:	
Matrícula nº:	Série/Semestre atual:
<p>Plano de Trabalho do(a) estudante: <i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i></p>	
Atividades a serem executadas pelo(a) estudante:	Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:
<p>Preferência de Modalidade de Bolsa para o Estudante 1B : () IC/ESCS/FEPECS () IC-Af/ESCS/FEPECS () PIBIC/CNPq () PIBIC-Af/CNPq</p>	
<p>Estudante 1B: () Bolsista () Voluntário</p>	
Nome Completo (sem abreviação):	
CPF:	
Telefone Celular:	
E-mail:	
Endereço completo:	
Cidade:	CEP:
Curso: () Enfermagem () Medicina () Outro:	
Instituição: () ESCS () Outra:	
Matrícula nº:	Série/Semestre atual:

<p>Plano de Trabalho do(a) estudante: <i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i></p>	
Atividades a serem executadas pelo(a) estudante:	Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:
PROJETO 02	
Título do Projeto:	
ESTUDANTES ENVOLVIDOS	
Preferência de Modalidade de Bolsa para o estudante 2A : <input type="checkbox"/> IC/ESCS/FEPECS <input type="checkbox"/> IC-Af/ESCS/FEPECS <input type="checkbox"/> PIBIC/CNPq <input type="checkbox"/> PIBIC-Af/CNPq	
Estudante 2A: <input type="checkbox"/> Bolsista <input type="checkbox"/> Voluntário	
Nome Completo (sem abreviação):	
CPF:	
Telefone Celular:	
E-mail:	
Endereço completo:	
Cidade:	CEP:
Curso: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Outro:	
Instituição: <input type="checkbox"/> ESCS <input type="checkbox"/> Outra:	
Matrícula nº:	Série/Semestre atual:
<p>PlanodeTrabalhodo(a)estudante: <i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i></p>	
Atividades a serem executadas pelo(a)	Resultados específicos a serem alcançados

estudante:	pelo(a) estudante:

Preferência de Modalidade de Bolsa para o estudante 2B : <input type="checkbox"/> IC/ESCS/FEPECS <input type="checkbox"/> IC-Af/ESCS/FEPECS <input type="checkbox"/> PIBIC/CNPq <input type="checkbox"/> PIBIC-Af/CNPq	
Estudante 2B: <input type="checkbox"/> Bolsista <input type="checkbox"/> Voluntário	
Nome Completo (sem abreviação):	
CPF:	
Telefone Celular:	
E-mail:	
Endereço completo:	
Cidade:	CEP:
Curso: <input type="checkbox"/> Enfermagem <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Outro:	
Instituição: <input type="checkbox"/> ESCS <input type="checkbox"/> ETESB <input type="checkbox"/> Outra:	
Matrícula nº:	Série/Semestre atual:
Plano de Trabalho do(a) estudante: <i>Listar as atividades que serão executadas pelo(a) estudante no referido projeto e os resultados específicos a serem alcançados por esse(a) estudante, entre eles a capacitação a ser alcançada pelo (a) estudante ao final do programa.</i>	
Atividades a serem executadas pelo(a) estudante:	Resultados específicos a serem alcançados pelo(a) estudante:

A Coordenação do PIC poderá, a qualquer tempo, cancelar ou suspender a bolsa de pesquisa, a participação do estudante no Programa ou mesmo o Projeto de pesquisa, quando constatada infringência a quaisquer das condições constantes deste Edital e das normas concernentes a esta concessão, sem prejuízo da aplicação dos dispositivos legais que disciplinam o ressarcimento dos recursos.

Orientador e Estudantes declaram que aceitam os termos deste Edital ESCS nº XX, de X de XXX de 2025, e comprometem-se em cumpri-lo integralmente.

Assinatura do Orientador

Assinatura Estudante 1A

Assinatura Estudante 2A

Assinatura Estudante 1B

Assinatura Estudante 2B