|  |
| --- |
| Todos os campos deste formulário devem ser preenchidos eletronicamente. Todos os campos deste formulário são editáveis e o pesquisador pode adicionar ou remover linhas quando necessário. |
| **1. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA** |
| * 1. **Título do projeto de pesquisa:**
 |
| **1.2. Número CAAE do projeto, se houver:** |
| **1.3. Resumo:** |
| **1.4. Palavras-chave** (5 palavras, no máximo)**:**  |
| **1.5. Linha de pesquisa** (colocar o número correspondente da listagem abaixo)**: ( )** 1-Doação de sangue e componentes; 2-Preparo de hemocomponentes e controle de qualidade; 3-Imunohematologia; 4-Transfusão de sangue e derivados; 5-Transplantes, enxertos e terapia celular; 6-Doenças transmissíveis por transfusão e transplante; 7-Doenças da série vermelha; 8-Hemoglobinopatias; 9-Coagulopatias; 10-Psicologia e educação em saúde; 11-Gestão em saúde; 12-Multidisciplinar  |
| **1.6. Objetivo Geral:** |
| **1.7. Objetivo(s) específico(s):** |
| **1.8. Justificativa** (relevância do projeto de pesquisa, com destaque para a Fundação Hemominas, para o Estado e a sociedade): |
| **1.9. Resultados esperados** (descrição qualitativa)**:** |
| **1.10. Produtos esperados** (artigos, relatórios, resumos, teses, dissertações, etc.): |
| **Tipo de resultado** | **Descrição** | **Quantidade** |
| Artigo em revista especializada |  |  |
| Apresentação de trabalho em congresso |  |  |
| Tese de Doutorado |  |  |
| Dissertação de Mestrado |  |  |
| Orientação de aluno de Iniciação Científica |  |  |
| Pitch (vídeo de divulgação da pesquisa) |  |  |
| Outros (Especificar) |  |  |

|  |
| --- |
| **2. DADOS DA EQUIPE DO PROJETO DE PESQUISA** |
| **2.1. Pesquisador principal (coordenador):** | **2.2. Maior titulação:** |
| **2.3. Endereço institucional completo:**  |
| **2.4. Telefone:** ( )  | **2.5. E-mail:**  |
| **2.6. Instituição de vínculo no projeto:**  | **2.7. Setor/Departamento:**  |
| **2.8. Equipe executora** (indicar o coordenador local em cada unidade da Hemominas e/ou instituição |
| **Nome** | **Instituição/setor** | **Função no projeto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **3. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES** (Para projetos multicêntricos, preencher apenas os dados da instituição proponente e os da Hemominas) |
| **3.1. DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE/EXECUTORA**  |
| **Nome:**  |
| **Unidade/Órgão:** |
| **CNPJ:** |
| **Endereço completo:**  |
| **Cidade (UF):**  | **Telefone:** ( )  |
| **3.2. DADOS DA(S) INSTITUIÇÃO(ÕES) PARCEIRA(S)** (replicar campos caso o projeto tenha mais de duas instituições participantes ou excluir, caso não tenha instituição parceira) |
| **Nome da instituição parceira 1:**  |
| **Unidade/Órgão:** |
| **CNPJ:** |
| **Endereço completo:**  |
| **Cidade (UF):**  | **Telefone:** ( )  |

|  |
| --- |
| **4. RESPONSABILIDADES E AÇÕES DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS** (replicar os campos, se necessário; para projetos multicêntricos, descrever apenas as da instituição proponente e as da Hemominas) |
| **4.1. Da Instituição proponente/executora:** |
| **4.2. Da Instituição parceira 1:** |

|  |
| --- |
| **5. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS** |
| **5.1. O projeto de pesquisa irá utilizar ou coletar informações em bancos de dados, prontuários, etc da Fundação Hemominas?**( ) Não ( ) Sim |

|  |
| --- |
| **6. FORMAÇÃO DE BIORREPOSITÓRIO/BIOBANCO** |
| **6.1. Haverá coleta de amostras biológicas na Fundação Hemominas?**( ) Não ( ) Sim |
| **6.2. Haverá envio de amostras biológicas coletadas na Fundação Hemominas para outra instituição envolvida na execução do projeto de pesquisa?**Em caso de remessa de amostras biológicas provenientes da Fundação Hemominas para outras instituições que não a proponente, deverá ser providenciado o Termo de Biorrepositório (modelo Hemominas) com assinatura dos representantes legais dessas instituições. ( ) Não ( ) Sim. Instituição(ões):  |

|  |
| --- |
| **7. ORÇAMENTO** (insumos, aquisição de equipamentos, bolsas, etc) |
| **Item**  | **Valor (R$)** | **Fonte do recurso** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Valor total:** R$ |

|  |
| --- |
| **8. CRONOGRAMA** |
| **8.1. Data prevista para o início da pesquisa** (após aprovação na Fundação Hemominas)**:** ( ) Imediato Após [ ] meses |
| **8.2. Tempo previsto de duração:** [ ] ano(s) e [ ] meses |
| **ANO 1** (replicar quantos anos forem necessários) |
| **Atividades** | **Meses** |
| **1-2** | **3-4** | **5-6** | **7-8** | **9-10** | **11-12** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ANO 2** (excluir, se o período de execução for ≤ 12 meses) |
| **Atividades** | **Meses** |
| **1-2** | **3-4** | **5-6** | **7-8** | **9-10** | **11-12** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **9. POTENCIAL DE INOVAÇÃO** |
| **9.1. Há previsão de propriedade intelectual?** ( ) Não ( ) Sim: ( ) Marca ( ) Patente ( ) Software ( ) Outra Em caso de “Outra”, descrever: |
| **9.2. Há dados confidenciais que necessitam de formalização de Termo de Sigilo e Confidencialidade entre os membros da equipe?** ( ) Não ( ) SimSe sim, descreva superficialmente estes dados e sua importância: |

|  |
| --- |
| **10. ACESSO AO PATRIMÔNIO GENÉTICO OU AO CONHECIMENTO TRADICIONAL ASSOCIADO** |
| Para demais informações e verificação se o projeto de pesquisa prevê acesso ao patrimônio genético e/ou ao conhecimento tradicional associado, o pesquisador deve consultar a Lei Federal nº 13.123/2015 e o site do Ministério do Meio Ambiente (https://www.mma.gov.br/patrimonio-genetico.html). Em caso de acesso, o pesquisador deve realizar o cadastro do projeto no Sistema Nacional de Gestão do Patrimônio Genético e do Conhecimento Tradicional Associado (SISGEN) (https://sisgen.gov.br/paginas/login.aspx). |
| **O projeto envolverá acesso ao patrimônio genético e/ou ao conhecimento tradicional associado, conforme disposto na Lei Federal nº 13.123/2015?**( ) Não ( ) Sim |

|  |
| --- |
| **11. OUTROS (INCLUIR DEMAIS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS)**  |
|  |

**[ ]** O pesquisador principal declara que leu o Manual de Desenvolvimento de Pesquisas na Fundação Hemominas (MNP-T.GDT.PQS-12) e a Política de Pesquisas, Inovações Tecnológicas e Proteção da Propriedade Intelectual da Fundação Hemominas (Instrução Normativa HEMOMINAS/PRE nº. 01/2019). O pesquisador principal atesta que todas as informações incluídas no projeto de pesquisa e seus anexos são verdadeiras. Em caso de pesquisa envolvendo seres humanos, o pesquisador principal se compromete a cumprir o exposto nas resoluções brasileiras que regem a ética em pesquisa e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Em caso de pesquisa envolvendo acesso ao patrimônio genético nacional e aos conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade brasileira, o pesquisador principal se compromete a cumprir o exposto na Lei nº 13.123/2015 e nas normas específicas do Ministério do Meio Ambiente.

|  |
| --- |
| **12. CONCORDÂNCIA E ASSINATURA DOS PARTÍCIPES**  |
| **Coordenador geral** (pesquisador principal):**Assinatura:****Data:** |
| **Coordenador local na Hemominas** (caso não seja o coordenador geral):**Assinatura:****Data:** |
| **Concordância da Fundação Hemominas**: Declaro que conheço o projeto apresentado e que esta instituição tem condições que permitem o seu desenvolvimento. Autorizo sua execução, após cumprimento de todas as normas para o desenvolvimento de pesquisas na Fundação Hemominas.**Nome** (Coordenador da Unidade ou Diretoria Técnico-Científica):**Cargo:****Assinatura**:**Data:** |
| **Concordância da instituição proponente:** (caso a Fundação Hemominas seja a proponente, considerar apenas o campo acima e obter a concordância de todas as instituições parceiras)Declaro que conheço o projeto apresentado e que esta instituição tem condições que permitem o seu desenvolvimento. Autorizo sua execução, após cumprimento de todas as normas para o desenvolvimento de pesquisas.**Nome** (Diretor de unidade ou equivalente):**Cargo:****Assinatura:****Data:** |
| **Concordância da instituição parceira** (replicar o campo caso o projeto tenha mais instituições parceiras; não é necessário para projetos multicêntricos)Declaro que conheço o projeto apresentado e que esta instituição tem condições que permitem o seu desenvolvimento. Autorizo sua execução, após cumprimento de todas as normas para o desenvolvimento de pesquisas.**Nome** (Diretor de unidade ou equivalente):**Cargo:****Assinatura:****Data:** |