|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. DADOS DA EQUIPE DO PROJETO DE PESQUISA** | | | | |
| **2.1. Pesquisador responsável (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 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:** ( ) |
| **Representante legal:** | |
| **E-mail:** | |
| **CPF:** | **Identidade:** |
| **3.2. DADOS DA(S) INSTITUIÇÃO(ÕES) PARCEIRA(S)** (replicar campos, caso o projeto tenha mais de duas instituições participantes) | |
| **Nome da instituição parceira 1:** | |
| **Unidade/Órgão:** | |
| **CNPJ:** | |
| **Endereço completo:** | |
| **Cidade (UF):** | **Telefone:** ( ) |
| **Representante legal:** | |
| **E-mail:** | |
| **CPF:** | **Identidade:** |

|  |
| --- |
| **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. Responsabilidade da Instituição proponente/executora:** |
| **4.2. Responsabilidade 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** | | | |
| **7.1. Plano de aplicação dos recursos financeiros** | | | |
| **Item a ser financiado** | **Valor (R$)** | **Ano de aplicação** | **Fonte do recurso** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **7.2. Valor total do orçamento do projeto:** R$ | | | |
| **7.3. Haverá transferência de recursos financeiros entre a Fundação Hemominas e a(s) instituição(ões) parceira(s)?**  ( ) Não ( ) Sim. Valor: R$ | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. BOLSAS** | | | | | |
| **8.1. Serão concedidas bolsas no âmbito do projeto?** ( ) Não ( ) Sim | | | | | |
| **Modalidade da bolsa** | **Valor (R$)** | | **Fonte pagadora** | **Número de meses** | **Nome do beneficiário** |
|  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |
| **9. FUNDAÇÃO DE APOIO** | | | | | |
| **9.1. Utilizará Fundação de Apoio?** ( ) Não ( ) Sim | | | | | |
| **Razão social:** | | | | | |
| **CNPJ:** | | | | | |
| **Representante legal:** | | | | | |
| **CPF:** | | **Identidade:** | | | |
| **Telefone:** | | **E-mail:** | | | |
| **9.2. Justificativa para utilização de Fundação de Apoio e sua responsabilidade no projeto de pesquisa:** | | | | | |
| **9.3. Servidor da Fundação Hemominas fará movimentação de recurso financeiro com Fundação de Apoio?**  ( ) Não ( ) Sim | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10. CONTRAPARTIDA DAS INSTITUIÇÕES** | | | | | |
| Estimativa de contrapartida (bens e serviços) das instituições envolvidas na execução do projeto (infraestrutura, materiais de consumo, equipamentos, recursos humanos, serviços de terceiros, diárias e passagens, bolsas, capital intelectual, etc.) | | | | | |
| **Descrição do item** | **Qtd** | **Valor unitário** | **Valor total** | **Finalidade** | **Instituição à qual pertence** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **11. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (MÍNIMO DE 12 MESES)** | | |
| **Tempo previsto de duração da pesquisa** (o início da pesquisa deve ser considerado apenas após aprovação de todos os trâmites na Fundação Hemominas)**:**  [ ] ano(s) e [ ] meses | | |
| **ANO 1** (replicar quantos anos forem necessários) | | |
| **Meta (Atividade)** | **Quantidade** | **Meses (1 a 12)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **ANO 2** (excluir, se o período de execução for ≤ 12 meses) | | |
| **Meta (Atividade)** | **Quantidade** | **Meses (1 a 12)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **12. POTENCIAL DE INOVAÇÃO** |
| **12.1. Há previsão de propriedade intelectual?**  ( ) Não ( ) Sim: ( ) Marca ( ) Patente ( ) Software ( ) Outra  Em caso de “Outra”, descrever: |
| **12.2. Há dados confidenciais que necessitam de formalização de Acordo de Confidencialidade entre os partícipes?**  ( ) Não ( ) Sim  Se sim, descreva superficialmente estes dados e sua importância: |

|  |
| --- |
| **13. 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 |

|  |
| --- |
| **14. 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 declara que as propriedades intelectuais obtidas em função da realização do projeto serão de titularidade ou de cotitularidade da Fundação Hemominas, conforme previsto na Instrução Normativa PRE nº. 01/2019, na Lei de Propriedade Industrial nº 9.279/96 e no Decreto Estadual nº. 47.442/18. 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.

|  |
| --- |
| **15. CONCORDÂNCIA E ASSINATURA DOS PARTÍCIPES** |
| Eu, (nome do coordenador geral/pesquisador principal), assumo a reponsabilidade por celebrar Acordo ou outro instrumento jurídico com as demais instituições envolvidas no desenvolvimento do referido projeto, em cumprimento das normas legais e normatizações institucionais. Assumo o compromisso de responder a eventuais demandas da Fundação Hemominas, oriundas de questionamentos relativos às instituições parceiras, nos prazos determinados, sob pena de suspensão do projeto de pesquisa.  **Assinatura:**  **Data:** |
| **Coordenador local na Hemominas** (caso não seja o coordenador geral):  **Nome:**  **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**:  **Cargo:** Diretor(a) Técnico-Científica  **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** (Representante legal/dirigente máximo autorizado):  **Cargo:**  **Assinatura:**  **Data:** |
| **Concordância da instituição parceira** (excluir este campo caso o projeto seja multicêntrico; usar e replicar este campo, se necessário, caso o projeto não seja multicêntrico, a fim de incluir todas as instituições participantes)**:**  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** (Representante legal/dirigente máximo autorizado):  **Cargo:**  **Assinatura:**  **Data:** |