**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE PROJETO DE PESQUISA À FHB**

|  |
| --- |
| **1. DETALHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA** |
| * 1. **Título do projeto de pesquisa:**
 |
| * 1. **Resumo:**
 |
| **1.3. Palavras-chave** (5 palavras, no máximo)**:**  |
| **1.4. Finalidade da pesquisa**( ) Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação( ) Elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu*( ) Elaboração de Dissertação de Mestrado( ) Elaboração de Tese de Doutorado( ) Relatório de Pós-doutorado( ) Projeto de Pesquisa para Programa de Residência Médica ou Multiprofissional( ) Projeto de Pesquisa para Programa de Iniciação Científica( ) Projeto de Pesquisa Independente( ) Projeto de Pesquisa Institucional( ) Apresentação de trabalho em congresso |
| **1.5. Objetivo Geral:**  |
| **1.6. Objetivo(s) específico(s):**  |
| **1.7. Justificativa** (relevância do projeto de pesquisa, com destaque para as contribuições que poderá trazer para os participantes de pesquisa, para a Fundação Hemocentro de Brasília e para a sociedade):  |
| **1.8. Metodologia da Pesquisa:**  |
| **1.9. Setores da Fundação Hemocentro de Brasília envolvidos na pesquisa:** |
| **1.12. 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 |  |  |
| Relatório de Pós-doutorado |  |  |
| Orientação de aluno de Iniciação Científica |  |  |
| Outros (Especificar) |  |  |
| **2. DADOS DA EQUIPE DO PROJETO DE PESQUISA** |
| **2.1. Pesquisador(a) principal:**  | **2.2. Maior titulação:**  |
| **2.3. Endereço institucional completo:**  |
| **2.4. Setor:**  |
| **2.5. Telefone:** ( )  | **2.6. E-mail:**  |
| **2.7. Equipe de Pesquisa** |
| **Nome** | **Instituição/setor** | **Função no projeto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3. INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES** (Para projetos multicêntricos, preencher apenas os dados da instituição proponente e os da Hemocentro de Brasília) |
| **3.1. DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE**  |
| **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 Hemocentro de Brasília) |
| **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 sistemas informatizados, prontuários, etc da Fundação Hemocentro de Brasília?**( ) Não ( ) Sim |
| **6. FORMAÇÃO DE BIORREPOSITÓRIO/BIOBANCO** |
| **6.1. Haverá coleta de amostras biológicas na Fundação Hemocentro de Brasília?**( ) Não ( ) Sim |
| **6.2. Haverá envio de amostras biológicas coletadas na Fundação Hemocentro de Brasília para outra instituição envolvida na execução do projeto de pesquisa?**(Em caso de remessa de amostras biológicas provenientes da Fundação Hemocentro de Brasília para outras instituições, deverá ser providenciado o Termo de Transferência de Material Biológico com assinatura dos responsáveis pelos locais onde as amostras biológicas serão processadas e/ou armazenadas.) ( ) Não ( ) Sim. Instituição(ões):  |
| **7. ORÇAMENTO** (insumos, aquisição de equipamentos, bolsas, etc) |
| **7.1. PATROCINADOR DA PESQUISA:** |
| **Item**  | **Valor (R$)** | **Fonte do recurso** |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **Valor total:** R$  |
| **8. CRONOGRAMA** |
| **8.1. Data prevista para o início da pesquisa** (após aprovação na Fundação Hemocentro de Brasília, e quando aplicável, no Comitê de Ética em Pesquisa da Fepecs): ( ) 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:  |
| **11. OUTROS (INCLUIR DEMAIS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS)**  |
|   |

[ ] O pesquisador principal declara que leu o Guia do Pesquisador da Fundação Hemocentro de Brasília.

[ ] 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.