|  |
| --- |
| **1. TRAMITAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA** |
| **1.1. Número CAAE do projeto, se houver:** |
| **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.** |
| **2. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA** |
| **2.1. Título do projeto de pesquisa:**  |
| **2.2. Resumo:** |
| **2.3. Palavras chave (5 palavras, no máximo):**  |
| **2.4. Objetivo Geral:** |
| **2.5. Objetivo(s) Específico(s):** |
| **2.6. Justificativa (relevância do projeto, com destaque para a Fundação Hemominas, para o Estado e sociedade):** |
| **2.7. Resultados esperados (descrição qualitativa):** |
| **2.7. Produtos esperados (artigos, relatórios, resumos, teses, dissertações, etc.):** |
| **Tipo de resultado** | **Descrição** | **Quantidade** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3. DADOS DA EQUIPE DO PROJETO** |
| **3.1. Pesquisador responsável:** | **3.2. Maior titulação:** |
| **3.3. Endereço completo:**  |
| **3.4. Telefone: (** **)**  | **3.5. E-mail:**  |
| **3.6. Instituição à qual pertence:**  | **3.7. Setor/Departamento:**  |
| **3.8. Equipe executora (indicar o pesquisador responsável em cada instituição):** |
| **Nome** | **Instituição** | **Função no projeto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **4. DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE/EXECUTORA**  |
| **4.1. Nome:**  |
| **4.2. Unidade/Órgão:** |
| **4.3. CNPJ:** |
| **4.4. Endereço completo:**  |
| **4.5. Cidade (UF):**  | **4.6. Telefone: (** **)**  |
| **4.7. Representante legal:** |
| **4.8. E-mail:** |
| **4.9. CPF:** | **4.10. Identidade:** |
| **5. DADOS DA(S) INSTITUIÇÃO(ÕES) PARCEIRA(S) (replicar campos caso o projeto tenha mais de duas instituições participantes)**  |
| **5.1. Nome da instituição parceira 1:**  |
| **5.2. Unidade/Órgão:** |
| **5.3. CNPJ:** |
| **5.4. Endereço completo:**  |
| **5.5. Cidade (UF):**  | **5.6. Telefone: (** **)**  |
| **5.7. Representante legal:** |
| **5.8. E-mail:** |
| **5.9. CPF:** | **5.10. Identidade:** |
| **6. RESPONSABILIDADES E AÇÕES DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS (replicar campos caso o projeto tenha mais de duas instituições participantes)** |
| **6.1. Instituição proponente/executora:** |
| **6.2. Instituição parceira 1:** |
| **6.3. Fundação de apoio, se for o caso:** |
| **6.4. Haverá envio de amostras biológicas coletadas na Fundação Hemominas para outra instituição envolvida na execução do projeto? (** **) Sim (** **) Não** |
| **6.5. Haverá envio de amostras biológicas coletadas na Fundação Hemominas para o exterior?** **(** **) Sim (** **) Não**  |
| **7. ORÇAMENTO** |
| **7.1. Plano de aplicação dos recursos financeiros** |
| **Fonte do recurso** | **Valor (R$)** | **Ano de aplicação** | **Item a ser financiado** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **7.2. Valor total do orçamento do projeto: R$** |
| **7.3. Serão concedidas bolsas no âmbito do projeto? ( ) SIM ( ) NÃO** |
| **Modalidade da bolsa** | **Valor (R$)** | **Fonte pagadora** | **Número de meses** | **Nome do beneficiário** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **7.4. Utilizará Fundação de Apoio? ( ) Sim ( ) Não** |
| **Razão social:**  |
| **CNPJ:**  |
| **Representante legal:** |
| **CPF:**  | **Identidade:** |
| **Telefone:** | **E-mail:** |
| **Justificativa para utilização de Fundação de Apoio:** |
| **Servidor da Fundação Hemominas fará movimentação de recurso financeiro na Fundação de Apoio? ( ) Sim ( ) Não** |
| **7.5. O projeto ressarcirá a Fundação Hemominas pela utilização da infraestrutura?****( ) Sim / Valor: R$****( ) Não / Justificativa:** |
| **7.6. 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** | **Quantidade** | **Valor unitário** | **Valor total** | **Finalidade** | **Instituição à qual pertence** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **8. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (MÍNIMO DE 12 MESES)** |
| **8.1. Data prevista para o início da pesquisa:**  | **8.2. Data prevista para conclusão:**  |
| **Meta (Atividade)** | **Indicador físico** | **Duração** |
| **Quantidade** | **Mês/Ano de início** | **Tempo de duração (em meses)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **9. INOVAÇÃO** |
| **9.1. Há previsão de propriedade intelectual? ( ) Sim ( ) Não****Se sim, descreva qual seria a provável inovação:** |
| **9.2. Há dados confidenciais que necessitam de formalização de Acordo de Confidencialidade entre os partícipes? ( ) Sim ( ) Não****Se sim, descreva superficialmente estes dados e sua importância no seu entendimento:** |
| **10. ACESSO AO PATRIMÔNIO GENÉTICO OU AO CONHECIMENTO TRADICIONAL ASSOCIADO(1)** |
| **(1)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).** |
| **10.1. O projeto envolverá acesso ao patrimônio genético e/ou ao conhecimento tradicional associado conforme disposto na Lei Federal nº 13.123/2015? ( ) Sim ( ) Não** |
| **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). O pesquisador e a Fundação Hemominas declaram que as propriedades intelectuais obtidas em função da realização do projeto serão de titularidade ou de cotitularidade da Fundação Hemominas conforme previsto na Política de Pesquisas, Inovações Tecnológicas e Proteção da Propriedade Intelectual da Fundação Hemominas (Instrução Normativa HEMOMINAS/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. 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.

Nome e Assinatura do Pesquisador Principal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Assinatura

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura\*/carimbo:

(\*) Diretoria Técnico-Científica deve assinar este Plano de Trabalho.

Concordância da instituição parceira:

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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura\*/carimbo:

(\*) Direção máxima da instituição proponente.