|  |
| --- |
| 1. Título do projeto de pesquisa: |
| 2. Resumo: |
| 3. Palavras chave (5 palavras, no máximo):  |
| 4. Pesquisador responsável: | 4.1. Maior titulação: |
| 4.2. Endereço completo:  |
| 4.3. Telefone: ( )  | 4.4. E-mail:  |
| 4.4. Instituição à qual pertence:  | 4.5. Setor:  |
| 5. Lista de todos os membros da equipe e instituição à qual pertencem: |
| 6. Instituição Principal:  |
| 6.1. Unidade/Órgão: |
| 6.2. Endereço completo:  |
| 6.3. Cidade (UF):  | 6.4. Fone: ( )  |
| 7. Outras instituições participantes: |
| 8. Participação Estrangeira:  ( ) Sim ( ) Não | 9. Multicêntrico: ( ) Sim ( ) Não  ( ) Nacional ( ) Internacional |
| 10. Setor(es) do HEMOCE envolvido(s) na pesquisa/nome do contato |
| **Todos os campos devem ser preenchidos. Caso não haja previsão de alguma das produções, registrar como “0”.**  |
| **11. Produtos finais pretendidos** | **Quantidade** |
| Artigos em revistas especializadas |  |
| Publicações eletrônicas indexadas |  |
| Trabalhos completos em Anais de Congresso |  |
| Resumos publicados |  |
| Apresentação de trabalhos em congressos |  |
| Tese de doutorado |  |
| Dissertação de mestrado |  |
| Patentes e marcas |  |
| Orientação de BIC |  |
| Outros (especificar) |  |

|  |
| --- |
| 12. Cronograma: |
| Data prevista para o início da pesquisa:  | Data prevista para conclusão:  |

Os quadros de cronograma podem ser replicados para pesquisas com mais de dois anos

|  |
| --- |
| **Ano 1** |
| **Atividades** | **Meses** |
| **1-2** | **3-4** | **5-6** | **7-8** | **9-10** | **11-12** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ano 2** |
| **Atividades** | **Meses** |
| **1-2** | **3-4** | **5-6** | **7-8** | **9-10** | **11-12** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 13. Financiamento |
| 13.1. ( ) Solicitado ( ) Não solicitado |
| 13.2. Nome do patrocinador:  |
| 13.3. Tipo de financiamento: ( ) Material de Consumo ( ) Material permanente ( ) Bolsa ( ) Estágio Remunerado ( ) Outros. Especificar: |

Os pesquisadores e o Hemoce declaram que as propriedades intelectuais obtidas em função da realização do projeto serão de titularidade ou de co-titularidade do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará conforme previsto Termo de compromisso. Os pesquisadores atestam que todas as informações incluídas no projeto de pesquisa e seus anexos são verdadeiras. Em caso de pesquisa envolvendo seres humanos, o pesquisador se compromete a cumprir o exposto nas resoluções brasileiras que regem a ética em pesquisa.

Nome e Assinatura do Pesquisador Principal

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

Nome Assinatura

Conferência do Serviço de Pesquisa:

Declaro que o Serviço de Pesquisa do HEMOCE conferiu a documentação entregue pelos pesquisadores e que o desenvolvimento do projeto de pesquisa pode ser considerado pela instituição.

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

Assinatura\*/carimbo: Data:........../........./..........

(\*) Responsável pelo Serviço de Pesquisa ou, na sua ausência/impedimento, Gerente de Desenvolvimento Técnico-Científico.

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

Assinatura\*/carimbo: Data:........../........./..........

(\*) Direção Geral do Hemoce – Essa assinatura tem validade de anuência para realização da pesquisa.