|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** |
| Alunos(a): Clique ou toque aqui para inserir o texto.  Orientador(a): Clique ou toque aqui para inserir o texto.  Co-Orientador(a): Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| 1. **AVALIAÇÃO** |
| Avalie o plano de trabalho como um todo:  O texto está redigido de forma clara e objetiva?  SIM  NÃO  O plano de trabalho aborda um problema real, que resulte na melhoria da prática assistencial em saúde?  SIM  NÃO  As referências citadas são atuais e pertinentes ao tema proposto?  SIM  NÃO  O número de referências está:  SUFICIENTE  INSUFICIENTE  EXCESSIVO |
| COMENTÁRIOS:  Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| Avalie o plano de trabalho quanto aos **OBJETIVOS**:  Os objetivos são pertinentes ao programa de Mestrado Profissional em Tecnologia das Radiações em Ciências da Saúde?  SIM  NÃO    Os objetivos propiciam obter como resultado um Produto Tecnológico ou Técnico qualificável ao Mestrado Profissional, segundo as diretrizes do Comitê de Avaliação Medicina II da CAPES (vide instruções no Roteiro do Plano de Trabalho)?  SIM  NÃO |
| COMENTÁRIOS:  Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| Avalie o plano de trabalho quanto à **JUSTIFICATIVA**:  A motivação para o desenvolvimento do trabalho está bem exposta?  SIM  NÃO    As contribuições pretendidas em cada um dos quesitos (**Impacto, Aplicabilidade, Inovação e Complexidade**) estão bem expostas?  SIM  NÃO |
| COMENTÁRIOS:  Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| Avalie o plano de trabalho quanto a seção de **MATERIAL E MÉTODOS** (e Infraestrutura):  Os métodos estão bem descritos?  SIM  NÃO    As referências mencionadas nesta seção auxiliam na compreensão dos métodos a serem aplicados?  SIM  NÃO    Os aspectos teóricos que dão suporte à metodologia foram devidamente mencionados e/ou referenciados?  SIM  NÃO    Há infraestrutura disponível no IPEN para a realização do trabalho (ou é mencionada instituição parceira, de possível acesso)?  SIM  NÃO |
| COMENTÁRIOS:  Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

|  |
| --- |
| Avalie o plano de trabalho quanto ao **CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**: (viabilidade de execução do plano de trabalho no prazo do Mestrado Profissional: 24 meses )  O Cronograma apresentado é viável no período proposto?  SIM  NÃO |
| COMENTÁRIOS:  Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **COMITÊS: ÉTICA NO USO DE ANIMAIS/ÉTICA NA PESQUISA/BIOSSEGURANÇA** | |
| A pesquisa envolve seres humanos, animais de laboratório ou silvestres, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes deles, incluindo o manejo de informações ou materiais? | SIM  NÃO |
| Em caso positivo, existe documento de aprovação do Comitê de Ética? | SIM  NÃO |
| A pesquisa envolve trabalhos de engenharia genética, construção, experimentação, cultivo, manipulação, transporte, comercialização, consumo, armazenamento, liberação ou descarte de Organismos Geneticamente Modificados (OGM) e derivados? | SIM  NÃO |

|  |
| --- |
| 1. **CONSIDERAÇOES E RECOMENDAÇÕES** |
| Faça aqui as recomendações que julgar necessárias:  Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

**PARA USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA MP-TRCS**

|  |
| --- |
| 1. **PARECER FINAL** |
| Plano de Trabalho RECOMENDADO.  Plano de Trabalho devolvido para cumprimento das adequações solicitadas e submissão à CPG-MP.  Plano de Trabalho NÃO Recomendado em definitivo. Vide Considerações e Recomendações.  Plano de Trabalho Recomendado AGUARDANDO aprovação do CEUA, CEP ou Comitê de Biossegurança. |

**DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO:**

**Aprovado**

**Não Aprovado enquanto não apresentar Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, Comissão de Ética no Uso de Animais, ou Comissão Interna de Biossegurança.**

**Não Aprovado**

**DATA DA REUNIÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Assinatura do Coordenador do Programa MP-TRCS**