**A SER PREENCHIDO PELA CIBio**

**NÚMERO DO PROJETO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | / |

**ANALISADO POR: DATA DE ANALISE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | São Paulo, DIA de MÊS de ANO. |

**PRESIDENTE DA CIBio: CQB:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PROF. DR JOÃO CARLOS MONTEIRO DE CARVALHO |  | Nº 0090-98 |

FORMULÁRIO REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROJETO DE PEQUISA EM CONTENÇÃO COM **ANIMAIS GENETICAMENTE** MODIFICADOS (**AnGMs**)

Projeto de Pesquisa

**TÍTULO**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**DATA INÍCIO DO PROJETO: DATA PREVISTA DE CONCLUSÃO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MÊS de ANO. |  | MÊS de ANO. |

**PESQUISADOR PRINCIPAL:**

|  |
| --- |
|  |

**ENDEREÇO:**

|  |
| --- |
|  |

**FONE: E-MAIL:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (  )      - |  | @     .Escolher complemento |

**CLASSIFICAÇÃO DO AnGM (QUANTO AO GRUPO DE RISCO)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO I |  |  | TIPO II |  |  |  |  |  |  |  |

**CLASSIFICAÇÃO DO AnGM (QUANTO AO NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NB - 1 |  |  | NB - 2 |  |  | NB - 3 |  |  | NB - 4 |  |

**RESUMO DO PROJETO**

|  |
| --- |
|  |

**(2.000 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**LABORATÓRIO ONDE SERÁ DESENVOLVIDA A PESQUISA COM AnGM**

**BLOCO: ANDAR: LABORATÓRIO:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Escolher um item. |  | Escolher um item. |  |  |

**DOCENTE RESPONSÁVEL PELO LABORATÓRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**DATA DO CREDENCIAMENTO DO LABORATÓRIO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DIA / MÊS / ANO. |  |  |

**EQUIPE (NOME E FUNÇÃO)**

|  |
| --- |
|  |

**(500 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**ESPÉCIE DO ANIMAL A SER GENETICAMENTE ALTERADO**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**PROCEDIMENTO DE ALTERAÇÃO GENÉTICA A SER UTILIZADO**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**PRETENDE ESTABELECER UMA COLÔNIA COM AnGM INDICAR LOCAL ONDE A COLÔNIA SERÁ ESTABELECIDA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SIM |  |  | NÃO |  |  |  |

**CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL GENÉTICO A SER INSERIDO**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**ATIVIDADES BIOLÓGICAS QUE SERÃO ADQUIRIDAS/PERDIDAS PELO AnGM**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**INFORMAR SOBRE A POSSIBILIDADE DE ALTERAÇÃO NAS CARACTERÍSTICAS DE PATOGENICIDADE DO AnGM**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**INFORMAR SOBRE A POSSIBILIDADE DO AnGM GANHAR ALGUMA VANTAGEM SELETIVA SOBRE OS CORRESPONDENTES NÃO MODIFICADOS GENETICAMENTE, QUANDO DE UM POSSÍVEL ESCAPE PARA O MEIO AMBIENTE**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**INFORMAR SOBRE A POSSIBILIDADE DE RISCO DE TRANSMISSÃO DE DOENÇAS PARA OUTROS ANIMAIS, INCLUINDO SERES HUMANOS OU VEGETAIS**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**INFORMAR SE O AnGM PASSARÁ A EXPRESSAR ALGUMA PROTEÍNA COM POTENCIAL SABIDAMENTE TÓXICO. SE POSITIVO, INFORME SE EXISTE OU NÃO FORMA DE TRATAMENTO**

|  |
| --- |
|  |

**(150 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**VOLUME E A CONCENTRAÇÃO MÁXIMA DE AnGM OU DERIVADO A SER UTILIZADO:**

|  |
| --- |
|  |

**SOBRE O DESCARTE DO ANIMAL:**

* **ONDE SERÁ REALIZADA A EUTANÁSIA?**
* **ONDE SERÃO DESCARTADOS OS RESÍDUOS BIOLÓGICOS E DO AnGM?**
* **ONDE SERÁ REALIZADO O DESCARTE DO AnGM**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**ASPECTOS RELEVANTES QUE NÃO FORAM ABORDADOS NOS ITENS ANTERIORES PARA O ESCLARECIMENTO SOBRE O NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA DO AnGM**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**BREVE DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS OPERATIVOS A SEREM EMPREGADOS NOS EXPERIMENTOS E NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA PLANEJADO**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

**ANÁLISE DAS POSSÍVEIS SITUAÇÕES DE RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE PREVISÍVEIS ASSOCIADOS AO AnGM**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

São Paulo, DIA de MÊS de ANO.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Assinatura do Pesquisador Principal |  | Assinatura do Docente Responsável  pelo Laboratório |  | Assinatura do Presidente da CIBio |

**ANEXAR:**

1. **OFÍCIO DO DOCENTE PARA CIBio, COM “DE ACORDO” DA CHEFIA DE DEPARTAMENTO;**
2. **FORMULÁRIO - INFORMAÇÕES SOBRE PROJETO DE PESQUISA COM OGMs/AnGMs;**
3. **FORMULÁRIO - DESCRIÇÃO DAS INSTALAÇÕES DO LABORATÓRIO;**
4. **CÓPIA DO PROJETO DE PESQUISA;**
5. **CURRÍCULO LATTES DO DOCENTE (PESQUISADOR PRINCIPAL) E EQUIPE ENVOLVIDA NO PROJETO;**
6. **COMPROVANTE DE TREINAMENTO E VACINAÇÃO DO DOCENTE E EQUIPE ENVOLVIDA NO PROJETO;**
7. **LITERATURA CIENTÍFICA QUE POSSA DAR SUBSÍDIOS PARA O PARECER DA CTNBio**

Termo de Responsabilidade

**PROJETO**

|  |
| --- |
|  |

**(300 CARACTERES NO MÁXIMO)**

*Eu,* Inserir nome **pesquisador(a) responsável** pelo projeto*, asseguro à CIBIO/FCF-USP que:*

* Li as Instruções Normativas da CTNBio, pertinentes para trabalhar com os OGMs acima referidos, que se encontram no site http://www.ctnbio.gov.br e que concordo com as suas exigências durante a vigência deste projeto.
* A equipe que participa deste projeto também está ciente das referidas Instruções Normativas e é competente para executá-las.
* Comprometo-me a solicitar nova aprovação à CIBio local sempre que ocorra alteração significativa nos objetivos/procedimentos/instalações aqui descritos e a lhe fornecer um relatório anual de andamento do projeto.
* Tudo que foi declarado é a absoluta expressão da verdade. Estou ciente de que o eventual não cumprimento das Instruções Normativas da CTNBio é de minha total responsabilidade e que estarei sujeito às punições previstas na legislação em vigor.

São Paulo, DIA de MÊS de ANO.

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

Assinatura do Pesquisador Principal

**DELIBERAÇÃO CIBio**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| APROVADO |  |  | REPROVADO |  |

São Paulo, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura do Presidente de CIBio