

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA IMPORTAÇÃO DE ORGANISMOS
GENETICAMENTE MODIFICADOS (OGM) E SEUS DERIVADOS

De acordo com Parecer CONJUR/MCT-LML N° 58/ 2010 - http://www.ctnbio.gov.br/upd_blob/0001/1341.pdf

Instituição: Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Odontologia de Piracicaba

CQB: 400/15

Título do Projeto:

Requerimento n°.: versão n°.:

Aprovação CIBio-FOP n°.:

Pesquisador Responsável:

Área e Departamento:

Classificação do Nível de Biossegurança do Laboratório/Área de pesquisa: NB-1

1) Finalidade da solicitação.

Pesquisa em regime de contenção	Avaliação de produto
Uso comercial	Deteccção e identificação de OGM
Liberação planejada no meio ambiente	Produção industrial
Armazenamento	Ensino

2) Identificação da origem:

- Nome e dados de contato do responsável pelo OGM:

- Endereço completo da Instituição/Empresa:

- Meio de transporte: Correios Aéreo Terrestre Marítimo *Courrier*

3) Relação do(s) OGM(s) ou derivados que serão objeto de importação: (se houver mais de um, numerar e listar todos)

Espécie parenteral:

Classificação de risco: Classe I

Origem:

Detalhamento da modificação genética:

Construção genética utilizada:

Vetor: (se houver)

Descrição do fenótipo e alteração da virulência:

Marcador (macroscópico/fenotípico/genotípico):

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Volume rotineiro de trabalho:

Concentração máxima de OGM ou derivados:

Análise crítica dos riscos previsíveis associados ao(s) OGM(s):

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Referências bibliográficas do(s) OGM(s) ou derivados: (se houver)

4) Local(is) credenciado(s) onde o(s) OGM(s) ou derivados serão armazenados:

5) Local(is) credenciado(s) que realizarão atividades com o(s) OGM(s) ou derivados importados:

6) Especificar a equipe envolvida nas atividades com o(s) OGM(s) ou derivados (nome, CPF e titulação dos pesquisadores, técnico(s) de apoio e demais envolvidos) e capacitação em biossegurança.

7) Se AnGM, especificar os procedimentos operativos a serem empregados para a manutenção do Nível de Biossegurança planejado, detalhando a recepção, o transporte interno e o manuseio do AnGM. Listar equipe(s) ou empresa(s) qualificada(s) que realizará(ão) o transporte interno.

8) Termo de responsabilidade:

Asseguro à CIBio-FOP e à CTNBio:

- A plena capacitação da equipe de trabalho e o cumprimento das resoluções normativas (RNs) da CTNBio (disponíveis em www.ctnbio.gov.br). RN 1 [Art. 11 (I, VIII)]
- Arquivar toda documentação acerca do projeto e da capacitação da equipe de trabalho em local organizado e de pronto acesso, para visitas/inspeções pela CIBio-FOP e/ou órgãos competentes. RN 1 [Art. 11, Art. 18 (IV)]
- Que tudo declarado é a absoluta expressão da verdade e que o eventual não cumprimento das Instruções Normativas da CTNBio sujeita o pesquisador responsável às punições previstas na legislação em vigor.

Piracicaba, de de
*entregar duas vias assinadas

carimbo e rubrica

carimbo e rubrica

**Pesquisador Responsável Chefe do
Departamento**

Uso da CIBio/FOP

() Indeferida () Deferida – Permissão de Importação N° _____

Presidente da CIBio
Profa. Dra. Renata de Oliveira Mattos-Graner

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Área de Microbiologia e Imunologia - Matrícula: 29.609-8

Departamento de Diagnóstico Oral - Área de Microbiologia e Imunologia FOP/UNICAMP

rmgraner@fop.unicamp.br | (19) 2106-5379