



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE OGM
DE CLASSE I NO BRASIL

De acordo com Resolução Normativa nº 14, de 04 de fevereiro de 2015 (CTNBio)

1) Instituição remetente

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

Endereço:

Telefone: _____. Fax: _____.

CQB da Instituição: 400/15

2) Instituição de destino

Nome:

Endereço:

Telefone: _____. Fax: _____.

CQB da Instituição:

3) Dados do solicitante responsável pelo envio:

Nome do Pesquisador Responsável:

Cargo ou função:

Endereço institucional:

Telefone: _____. Fax: _____. E-mail: _____.

Título do projeto vinculado ao OGM a ser transportado:

Nº. do requerimento do projeto aprovado pela CIBio-FOP: _____

Data da aprovação: _____.

4) Dados do pesquisador responsável pelo recebimento:

Nome:

Cargo ou função:

Endereço institucional:

Telefone: _____. Fax: _____. E-mail: _____.

1) Finalidade da solicitação e breve descrição do objetivo do uso:



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

2) Descrição do(s) OGM(s) a ser(em) transportado(s).

Designação	Descrição do OGM ou derivado a ser transportado^a	Quantidade e forma do OGM ou derivado a ser transportado^b

^a Descrever espécie microbiana, linhagem celular ou outro organismo receptor; tipo de alteração genética, presença de genes marcadores, plasmídeos; vetores; características de crescimento e propagação.

^b Identificar o meio de cultura outros materiais biológicos que acompanham o OGM transportado.

3) Descrição da forma de transporte (entrega pessoal, correio, transportadora, outros).

4) Descrição detalhada da embalagem segundo instruções normativas da CTNBio e ANVISA.

5) Se animais geneticamente modificados (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.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

6) Data(s) prevista(s) para o transporte:

Piracicaba, ____/____/____.

Pesquisador responsável
responsável
da instituição remetente
receptora

Pesquisador
da instituição

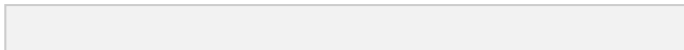
Autorizado,

Autorizado,

Presidente da CIBio-FOP, UNICAMP
Prof(a). Dr(a).

Presidente da CIBio receptora
Nome:

Número da autorização:
(preenchido pela CIBio-FOP)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Instruções:

Este formulário deve ser preenchido em duas vias pelo solicitante, o qual deverá obter as assinaturas dos pesquisadores e dos presidentes das CIBios envolvidas. As assinaturas podem ser digitalizadas. Duas vias impressas deverão ser entregues à secretária da CIBio/FOP e uma cópia digitalizada (em pdf) encaminhada ao e-mail cibiofop@unicamp.br.