**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA**

Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA)

Caixa Postal 3037 • CEP 37200-900 • Lavras/MG

Tel: (35) 3829-5182 E-mail: [ceua.prp@ufla.br](mailto:cba@ufla.br)

**FORMULÁRIO UNIFICADO DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ANIMAIS EM ENSINO, PESQUISA, TREINAMENTO OU EXTENSÃO**

Conforme **Resolução Normativa n° 27 de 23 de outubro de 2015**, do CONCEA/MCTI - Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal/Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações.

|  |  |
| --- | --- |
| PROTOCOLO PARA USO DE ANIMAIS | USO EXCLUSIVO DA COMISSÃO  PROTOCOLO N°  RECEBIDO EM: |

Lista das DCBs disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/lista_dcb_2007.pdf> *.*

Legislação vigente atualizada em:<http://www.prp.ufla.br/site/?page_id=383>.

|  |
| --- |
| *ANEXAR: Cópia de 2 (dois) artigos científicos referentes à mesma metodologia empregada, preferencialmente de autores não envolvidos no projeto apresentado. Os documentos deverão ser encaminhados para o e-mail* [ceua.prp@ufla.br](mailto:cba@ufla.br)*.* |

|  |
| --- |
| 1. **FINALIDADE E PERÍODO DE EXECUÇÃO** |
| - Finalidade: ☐ Ensino ☐ Pesquisa ☐ Treinamento/Extensão |
| - Tipo: ☐ Iniciação Científica ☐ Mestrado ☐ Doutorado ☐ Pós-Doutorado  ☐ Relatório Técnico para Empresa ☐ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - Período de execução: Início \_\_/\_\_/\_\_ Término \_\_/\_\_/\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **TÍTULO DO PROJETO/AULA PRÁTICA/TREINAMENTO** |
| - Título (**português**): |
| - Título (**inglês**): |
| - Área do conhecimento:  *Lista das áreas do conhecimento:* [*http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento*](http://www.capes.gov.br/avaliacao/tabela-de-areas-de-conhecimento) |
| - Financiamento: ☐ Sim ☐ Não |
| - Agência Financiadora: |
| - Possibilidade de patente: ☐ Sim ☐ Não |

|  |
| --- |
| 1. **RESPONSÁVEL** |
| ***Obs****.: Deve ser docente e/ou pesquisador do quadro permanente da UFLA* |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome completo |  |
| Instituição |  |
| Departamento |  |
| Titulação | Título:  Área:  Conclusão: |
| Disciplina  (em caso de ensino) |  |
| Vínculo | ☐ Docente/Pesquisador ☐ Pesquisador visitante  ☐ Jovem pesquisador ☐ Técnico de nível superior  ☐ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Experiência prévia | ☐ Sim ☐ Não  Quanto tempo? |
| Treinamento | ☐ Sim ☐ Não  Quanto tempo?  Especificar: |
| Telefone (UFLA) |  |
| Celular |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| 1. **COLABORADORES** |
| ***Obs****.: Utilize esta tabela para o preenchimento de todos os colaboradores. Anexar, à solicitação, o* ***Termo de Anuência dos Colaboradores*** *(disponível no site)****\*\*\*.*** |
| - O orientador será responsável pelo treinamento do aluno que conduzirá o projeto?  ☐ Sim ☐ Não  - Em caso afirmativo, explique como este treinamento será realizado:  - Em caso negativo, justifique: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo** | **Instituição** | **Nível Acadêmico** | **Experiência prévia** | **Treinamento** | **Telefone (UFLA)** | **Celular** | **E-mail** |
|  |  |  | ☐ Sim ☐ Não  Duração: | ☐ Sim ☐ Não  Tipo: |  |  |  |
|  |  |  | ☐ Sim ☐ Não  Duração: | ☐ Sim ☐ Não  Tipo: |  |  |  |
|  |  |  | ☐ Sim ☐ Não  Duração: | ☐ Sim ☐ Não  Tipo: |  |  |  |
|  |  |  | ☐ Sim ☐ Não  Duração: | ☐ Sim ☐ Não  Tipo: |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **RESUMO DO PROJETO/AULA/TREINAMENTO** |
| **Obs.:** *Insira o Resumo de seu Projeto/Aula/Treinamento (até 2500 caracteres).* |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| 1. **OBJETIVOS (na íntegra)** |
| **Obs:** *Descreva sucintamente os Objetivos de seu Projeto/Aula/Treinamento.* |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| 1. **JUSTIFICATIVA (com referências bibliográficas)** |
| ***Obs****.: Descreva a Justificativa (o porquê da realização do experimento) e Relevância (potenciais impactos para o avanço do conhecimento científico) de seu Projeto/Aula/Treinamento para sua área de atuação (até 2500 caracteres).* |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| 1. **REFERENCIAL TEÓRICO E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** |
| **Obs.:** *Contextualize sucintamente seu projeto/aula/treinamento, citando suas principais Referências Bibliográficas (****até 3 páginas****).* |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| 1. **MODELO ANIMAL** |
| - Espécie (nome vulgar, se existir): |
| - Justificar o uso dos procedimentos e da espécie: |

|  |
| --- |
| * 1. **PROCEDÊNCIA** |
| ☐ Biotério (anexar termo de fornecimento).  - Nome do Biotério: |
| ☐ Animal comprado (anexar nota fiscal de compra e guia de trânsito do animal).  - Nome do Fornecedor: |
| ☐ Animal doado (anexar termo de doação).  - Nome do Doador: |
| ☐ Animal de criação ou de casuística hospitalar (anexar termo de consentimento do proprietário devidamente preenchido).  - Nome do Proprietário: |
| ☐ Animal silvestre  - N° de protocolo SISBIO: |
| ☐ Animal geneticamente modificado  - N° de protocolo CTNBio: |
| ☐ Outra procedência: |
| No caso de não apresentação de algum anexo, justificar: |

|  |
| --- |
| * 1. **TIPO E CARACTERÍSTICA** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espécie/Grupo** | **Linhagem** | **Idade** | **Peso aprox.** | **Quantidade** | | |
| **M** | **F** | **M+F** |
| Anfíbio |  |  |  |  |  |  |
| Ave |  |  |  |  |  |  |
| Bovino |  |  |  |  |  |  |
| Bubalino |  |  |  |  |  |  |
| Cão |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo heterogênico |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo isogênico |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo *knockout* |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo transgênico |  |  |  |  |  |  |
| Caprino |  |  |  |  |  |  |
| Chinchila |  |  |  |  |  |  |
| Cobaia |  |  |  |  |  |  |
| Coelho |  |  |  |  |  |  |
| Equídeo |  |  |  |  |  |  |
| Espécie silvestre brasileira |  |  |  |  |  |  |
| Espécie silv. não-brasileira |  |  |  |  |  |  |
| Gato |  |  |  |  |  |  |
| Gerbil |  |  |  |  |  |  |
| Hamster |  |  |  |  |  |  |
| Ovino |  |  |  |  |  |  |
| Peixe |  |  |  |  |  |  |
| Primata não-humano |  |  |  |  |  |  |
| Rato heterogênico |  |  |  |  |  |  |
| Rato isogênico |  |  |  |  |  |  |
| Rato *Knockout* |  |  |  |  |  |  |
| Rato transgênico |  |  |  |  |  |  |
| Réptil |  |  |  |  |  |  |
| Suíno |  |  |  |  |  |  |
| Outra: |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | TOTAL: | |  |

|  |
| --- |
| * 1. **MÉTODOS DE CAPTURA (somente em caso de animais silvestres)** |
| ☐ Não se aplica. |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| * 1. **PLANEJAMETO ESTATÍSTICO/DELINEAMENTO EXPERIMENTAL** |

|  |
| --- |
| * + 1. **PROJETO DE PESQUISA** |
| ☐ Não se aplica. |
| - Especificar os grupos experimentais: |
| - Número de animais por grupo: |
| - Critério para definição do tamanho amostral: |
| - Método de análise estatística: |
| - **Material e Métodos** (na íntegra): |

|  |
| --- |
| * + 1. **AULA PRÁTICA DE ENSINO/EVENTO OU PROJETO DE EXTENSÃO** |
| ☐ Não se aplica. |
| - Quantidade de animais prevista por aula/evento: |
| - Quantidade prevista por grupo de alunos: |
| - Total de animais: |
| - Justificativa: |
| - **Material e Métodos** (na íntegra): |

|  |
| --- |
| * 1. **GRAU DE INVASIVIDADE\*** |
| ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 |
| **\* GRAU DE INVASIVIDADE (GI)** - definições segundo o CONCEA  **GI1 = Experimentos que causam pouco ou nenhum desconforto ou estresse** *(ex.: observação e exame físico; administração oral, intravenosa, intraperitoneal, subcutânea, ou intramuscular de substâncias que não causem reações adversas perceptíveis; eutanásia por métodos aprovados após anestesia ou sedação; deprivação alimentar ou hídrica por períodos equivalentes à deprivação na natureza).*  **GI2 = Experimentos que causam estresse, desconforto ou dor, de leve intensidade** *(ex.: procedimentos cirúrgicos menores, como biópsias, sob anestesia; períodos breves de contenção e imobilidade em animais conscientes; exposição a níveis não letais de compostos químicos que não causem reações adversas graves).*  **GI3 = Experimentos que causam estresse, desconforto ou dor, de intensidade intermediária** *(ex.: procedimentos cirúrgicos invasivos conduzidos em animais anestesiados; imobilidade física por várias horas; indução de estresse por separação materna ou exposição a agressor; exposição a estímulos aversivos inescapáveis; exposição a choques localizados de intensidade leve; exposição a níveis de radiação e compostos químicos que provoquem prejuízo duradouro da função sensorial e motora; administração de agentes químicos por vias como a intracardíaca e intracerebral).*  **GI4 = Experimentos que causam dor de alta intensidade** *(ex.: Indução de trauma a animais não sedados).* |

|  |
| --- |
| * 1. **CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO DOS ANIMAIS** |
| - Local onde o animal será mantido: |
| - Ambiente de alojamento: ☐ Gaiola ☐ Jaula ☐ Baia ☐ Outro  Dimensões: |
| - N° de animais por ambiente de contenção: |
| - Tipo de cama: ☐ Maravalha ☐ Estrado ☐ Outro  Em caso de “outro”, descrever: |
| - Período de manutenção dos animais: |
| - Alimentação: |
| - Fonte de água: |
| - Exaustão do ar: ☐ Sim ☐ Não |
| Comentar **obrigatoriamente** sobre as condições que forem particulares à espécie: |
| - Profissional responsável: |

|  |
| --- |
| 1. **PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS** |
| ***Obs****.: Todos os procedimentos anestésicos e/ou cirúrgicos devem ser realizados exclusivamente por médico veterinário, conforme Art. 3°, da Resolução n° 877, de 15 de fevereiro de 2008 do CFMV.* |

|  |
| --- |
| * 1. **. ESTRESSE/DOR INTENCIONAL NOS ANIMAIS** |
| ☐ Sim ☐ Não  ☐ Curto ☐ Longo |
| - Em caso afirmativo, explicar e justificar:  Estresse:  Dor:  Restrição hídrica/alimentar:  Outros:  Profissional Responsável: |

|  |
| --- |
| * 1. **UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS ANESTÉSICOS** |
| ***Obs.****: no campo “fármaco”, informar o nome do princípio ativo com sua respetiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI); na ausência deste, a estrutura química linear.* |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Em caso negativo, explicar e justificar: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fármaco** | **Dose (UI ou mg/kg)** | **Via de administração** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **PERFUSÃO SOB ANESTESIA** |
| ***Obs.****: no campo “fármaco”, informar o nome do princípio ativo com sua respetiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI); na ausência deste, a estrutura química linear.* |
| - Perfusão: ☐ Sim ☐ Não |
| - Sob anestesia: ☐ Sim ☐ Não |
| - Descrever o(s) procedimento(s): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fármaco** | **Dose (UI ou mg/kg)** | **Via de administração** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS RELAXANTE MUSCULAR** |
| ***Obs.****: no campo “fármaco”, informar o nome do princípio ativo com sua respetiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI); na ausência deste, a estrutura química linear.* |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Em caso negativo, explicar e justificar: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fármaco** | **Dose (UI ou mg/kg)** | **Via de administração** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **UTILIZAÇÃO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS** |
| ***Obs.****: no campo “fármaco”, informar o nome do princípio ativo com sua respetiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI); na ausência deste, a estrutura química linear.* |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Em caso negativo, explicar e justificar: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fármaco** | **Dose (UI ou mg/kg)** | **Via de administração** | **Frequência** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL** |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Em caso afirmativo, explicar e justificar: |
| - Profissional Responsável: |

|  |
| --- |
| * 1. **CONDIÇÕES ALIMENTARES** |
| - Jejum: ☐ Sim ☐ Não  Duração em horas: |
| - Restrição hídrica: ☐ Sim ☐ Não  Duração em horas: |

|  |
| --- |
| * 1. **CIRURGIA** |
| ☐ Sim ☐ Não |
| ☐ Única ☐ Múltipla |
| - No mesmo ato cirúrgico ou em atos diferentes: |
| - Descrever o(s) procedimento(s): |
| - Profissional Responsável: |

|  |
| --- |
| * 1. **. PÓS-OPERATÓRIO** |

|  |
| --- |
| **10.9.1. OBSERVAÇÃO DA RECUPERAÇÃO** |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não  Período de observação (em horas): |

|  |
| --- |
| **10.9.2. UTILIZAÇÃO DE ANALGESIA PÓS-OPERATÓRIA** |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não  Período de observação (em horas): |
| - Em caso negativo, explicar e justificar: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fármaco** | **Dose (UI ou mg/kg)** | **Via de administração** | **Frequência** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **10.9.3. OUTROS CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS** |
| ***Ex****.: uso de antibióticos, anti-inflamatórios, curativos, manipulação do animal, fisioterapia, entre outros.* |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não  Descrição (ex:): |
| - Profissional Responsável: |

|  |
| --- |
| * 1. **EXPOSIÇÃO/INOCULAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO** |
| ***Ex.****: exposição do animal a determinadas doenças; inoculação de agentes biológicos etc.* |
| ***Obs.****: no campo “fármaco”, informar o nome do princípio ativo com sua respetiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Internacional (DCI); na ausência deste, a estrutura química linear.* |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fármaco/outros** | **Método de aquisição** | **Dose/outros** | **Via de administração/outros** | **Frequência** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*.*

|  |
| --- |
| * 1. **EXTRAÇÃO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS** |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Em caso afirmativo, explicar e justificar: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Material biológico** | **Quantidade da amostra** | **Frequência** | **Método de coleta** | **Profissional Responsável** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| * 1. **OUTROS PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS** |
| *Obs.: Detalhar todos os demais procedimentos realizados nos animais e não comtemplados nos itens anteriores. Ex: exame físico, exames complementares, manipulações diversas etc.* |
| ☐ Não se aplica |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| **11. FINALIZAÇÃO** |

|  |
| --- |
| * 1. **EUTANÁSIA** |
| ***Obs.****: É obrigatória a supervisão do médico veterinário como responsável pela eutanásia em todas os procedimentos que envolvam animais, conforme Resolução Normativa CFMV n°37, de 15 de fevereiro de 2018..* |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Método:  ☐ Aprofundamento de anestesia  ☐ Deslocamento cervical  ☐ Decapitação  ☐ Exsanguinação sob anestesia  ☐ Perfusão sob anestesia  ☐ Outros. Especificar: |
| - Método aceito pela Resolução Normativa n° 37 do CFMV: ☐ Sim ☐ Não  **-** Método aceito sob restrição: ☐ Sim ☐ Não |

|  |  |
| --- | --- |
| Substância, dose e via |  |
| Descrição do método |  |
| Profissional Responsável |  |
| Justificativa  Em caso de método aceito sob restrição  (RN n°37 CFMV) |  |

|  |
| --- |
| * 1. **ABATE** |
| ***Obs****.: No Relatório Final, anexar Guia de Trânsito de Animal (GTA) do local da pesquisa para o local do abate e alvará de funcionamento.* |
| ☐ Não se aplica |
| ☐ Sim ☐ Não |
| - Em caso afirmativo, especificar o local do procedimento: |

|  |
| --- |
| * 1. **DESTINO DOS ANIMAIS MORTOS E/OU TECIDOS/FRAGMENTOS** |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| * 1. **DESTINO DOS ANIMAIS SOBREVIVENTES** |
| ***Obs.****: Especificar o destino dos animais que sobreviveram após a conclusão do experimento/aula ou aqueles que foram retirados ao longo do experimento/aula.* |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| * 1. **OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES** |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| **12. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO** |
| ***Obs.:*** *O cronograma poderá incluir etapas realizadas antes da data de submissão à CEUA; entretanto, o* ***início do uso e manipulação de animais*** *deve estar previsto para se iniciar APÓS a aprovação pela Comissão.* |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| **13. JUSTIFICATIVA DA NÃO-UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS ALTERNATIVOS** |
| **Insira o texto aqui.** |

|  |
| --- |
| **14. TERMO DE RESPONSABILIDADE** |
| ***Obs****.: Leia cuidadosamente antes de assinar.* |

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome do responsável), certifico que:

1. li o disposto na [Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11794.htm), e nas demais normas aplicáveis à utilização de animais em ensino, pesquisa, treinamento e/ou extensão, incluindo as [Resoluções Normativas do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – CONCEA](http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/313178/Resolucoes_Normativas.html);
2. li especialmente o capítulo III, art. 9°A "Compete aos pesquisadores" da [Resolução Normativa n° 1, de 9 de julho de 2010](http://www.mct.gov.br/index.php/content/view/313178/Resolucoes_Normativas.html), alterado com nova redação pela Resolução Normativa nº 6, de 10 de julho de 2012.

*“Art. 9º-A Aos pesquisadores, docentes, coordenadores e responsáveis técnicos por atividades experimentais, pedagógicas ou de criação de animais compete:*

*I - assegurar o cumprimento das normas de criação e uso ético de animais;*

*II - submeter à CEUA proposta de atividade, especificando os protocolos a serem adotados;*

*III - apresentar à CEUA, antes do início de qualquer atividade, as informações e a respectiva documentação, na forma e conteúdo definidos nas Resoluções Normativas do CONCEA;*

*IV - assegurar que as atividades serão iniciadas somente após decisão técnica favorável da CEUA e, quando for o caso, da autorização do CONCEA;*

*V - solicitar a autorização prévia à CEUA para efetuar qualquer mudança nos protocolos anteriormente aprovados;*

*VI - assegurar que as equipes técnicas e de apoio envolvidas nas atividades com animais recebam treinamento apropriado e estejam cientes da responsabilidade no trato dos mesmos;*

*VII - notificar à CEUA as mudanças na equipe técnica;*

*VIII - comunicar à CEUA, imediatamente, todos os acidentes com animais, relatando as ações saneadoras porventura adotadas;*

*IX - estabelecer junto à instituição responsável mecanismos para a disponibilidade e a manutenção dos equipamentos e da infraestrutura de criação e utilização de animais para ensino e pesquisa científica; e*

*X - fornecer à CEUA informações adicionais, quando solicitadas, e atender a eventuais auditorias realizadas.”*

1. estou ciente das [penalidades (Lei nº 11.794, Capítulo V)](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11794.htm) quando executar de forma indevida atividades reguladas pela referida Lei e pelas Resoluções Normativas do CONCEA, ou quando participar de procedimentos não autorizados pelo CONCEA.
2. este estudo não é desnecessariamente duplicativo, possuindo mérito científico e a equipe participante deste projeto/aula foi treinada e é competente para executar os procedimentos descritos neste protocolo;
3. não existe método substitutivo que possa ser utilizado como uma alternativa ao projeto.
4. o presente projeto/aula contribui para área de conhecimento proposta e é relevante para a saúde animal e humana.
5. o responsável e os demais membros da equipe do presente projeto/aula são treinados adequadamente e estão aptos para desenvolver os procedimentos aqui descritos.
6. estou ciente que as atividades serão iniciadas somente após decisão técnica favorável da CEUA e, quando for o caso, da autorização do CONCEA
7. estou ciente da necessidade de solicitar a autorização prévia da CEUA para efetuar qualquer mudança no projeto/aula anteriormente aprovado.
8. estou ciente quanto à necessidade de fornecer à CEUA informações adicionais, quando solicitadas, e atender a eventuais auditorias realizadas.
9. estou ciente da necessidade de entregar à CEUA **relatório final em até 30 dias** contados após o término do projeto.
10. tudo que está descrito nesse formulário é a absoluta expressão da verdade. Estou ciente que o não cumprimento das condições aqui especificadas é de minha total responsabilidade e que estarei sujeito às punições previstas na legislação em vigor.

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chefe do Departamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_