**REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA IMPORTAÇÃO DE ANIMAIS GENETICAMENTE MODIFICADOS (AnGMs)**

Ilmo. Sr. Presidente da CTNBio

Nome do Presidente da CIBio: Rodrigo Augusto da Silva

**DADOS DA INSTITUIÇÃO**

UNIP - Universidade Paulista

Rua Dr. Bacelar, 1212 - 4º andar - Vila Clementino. CEP 04026-002. São Paulo - SP.

CQB nº:

**DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL**

Endereço completo: Telefone: ( )

Função: Número de registro:

Nome:

Link currículo plataforma *Lattes*/ORCID:

E-mail institucional:

**DADOS DA EQUIPE**

Nome completo: Função:

Link currículo plataforma *Lattes*/ORCID:

Nome completo: Função:

Link currículo plataforma *Lattes*/ORCID:

**TÍTULO DO PROJETO OU ATIVIDADE QUE SERÁ DESENVOLVIDA COM O AnGM**

**RESUMO DO PROJETO OU ATIVIDADE QUE SERÁ DESENVOLVIDA COM O AnGM**

Vem requerer habilitação para importação de animal geneticamente modificado (AnGM) para trabalho em regime de contenção, em cumprimento à Instrução Normativa no 13, conforme especificação abaixo:

**GRUPO DE CLASSIFICAÇÃO DO AnGM A SER IMPORTADO**

(   ) 1    (   ) 2    (   ) 3

**ESPÉCIE DO ANIMAL GENETICAMENTE MODIFICADO**

**QUANTIDADE DE ANIMAIS**

**PROCEDIMENTO DE ALTERAÇÃO GENÉTICA A SER UTILIZADO**

**PRETENDE ESTABELECER UMA COLÔNIA COM AnGM**

(   ) SIM     (   ) NÃO

**INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DE COLÔNIA COM O AnGM**

**CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL GENÉTICO A SER INSERIDO**

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

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

**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**

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

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

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE TRABALHOS COM AnGM EM QUESTÃO**

**INCLUIR LITERATURA CIENTÍFICA QUE POSSA DAR SUBSÍDIOS PARA O PARECER DA CTNBio**

**SUBSIDIAR O PARECER DA CTNBio ESCLARECENDO ASPECTOS QUE NÃO FORAM ABORDADOS POR ESTE REQUERIMENTO E QUE VOCÊ JULGUE RELEVANTES PARA O ESCLARECIMENTO SOBRE O NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA DO AnGM**

**NÍVEL DE BIOSSEGURANÇA DO LABORATÓRIO OU DA UNIDADE OPERATIVA ONDE SERÁ CONDUZIDO PROJETO OU ATIVIDADE COM O AnGM, SEGUNDO RESOLUÇÕES NORMATIVAS DA CTNBio:**

(   ) NB-1  (  ) NB-2  (   ) NB-3

**UNIDADE OPERATIVA (LABORATÓRIO, BIOTÉRIO, ETC) ONDE AS PESQUISAS COM AnGM SERÃO DESENVOLVIDAS**

Endereço completo: Telefone: ( )

Nome e e-mail do responsável pela unidade operativa:

Data:      /    /

Assinatura do Pesquisador Principal/Orientador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_