



FEBIC – FEIRA BRASILEIRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

JARAGUÁ DO SUL - SANTA CATARINA

SUSTENTABILIDADE - CONHECIMENTO - CRIATIVIDADE - INOVAÇÃO

ANEXO 4 (F)

FORMULÁRIO PARA PESQUISAS COM AGENTES BIOLÓGICOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS

Deve ser preenchido pelo Estudante com a ajuda do Orientador:

Necessário para todos os projetos que utilizam algum tipo de agente biológico potencialmente perigoso.

É necessária a aprovação de um Conselho de Revisão Institucional ou Comissão de Ética em Pesquisa antes da experimentação.

DADOS DA PESQUISA	
Título do Projeto:	
Nome da Instituição de Ensino:	
Nome(s) do(s) aluno(s) pesquisador(es):	
1.	
2.	
3.	
Área do conhecimento:	
<input type="checkbox"/> Ciências Agrárias	<input type="checkbox"/> Ciências Exatas e da terra
<input type="checkbox"/> Ciências Ambientais	<input type="checkbox"/> Ciências Humanas
<input type="checkbox"/> Ciências Biológicas	<input type="checkbox"/> Ciências Sociais
<input type="checkbox"/> Ciências da Saúde	<input type="checkbox"/> Engenharia e suas aplicações
Nome do Orientador:	
Formação (última titulação):	

Nome do Coorientador:
Formação (última titulação):
Objetivos da pesquisa:
Identifique os agentes potencialmente perigosos que serão utilizados em seu estudo. Inclua fonte de obtenção, quantidade e o nível de biossegurança do grupo de cada micro-organismo.
Descreva o local de experimentação, incluindo o nível de contenção biológica.
Descreva o método de remoção do material em cultura e de outros agentes biológicos potencialmente perigosos.
Descreva os procedimentos utilizados para minimizar o risco (equipamentos de proteção individual, capuz, etc.).
Qual o nível de biossegurança recomendado para este projeto, devido ao risco potencial para a condução da pesquisa?

A SER PREENCHIDO PELO CIENTISTA QUALIFICADO SUPERVISOR DA PESQUISA (NECESSÁRIO).
Que tipo de treinamento o estudante recebeu para a realização deste projeto?
Você concorda com as informações de biossegurança fornecidas acima pelo estudante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Em caso negativo, por favor, explique:

O CRC revisou o Plano de Pesquisa deste projeto e as informações acima e aprova o estudo como de nível BSL-1, e deve ser conduzido em um laboratório de nível BSL-1 ou superior.

Nome do Cientista Qualificado: _____

Assinatura

Local e data:

A SER PREENCHIDO PELO ORIENTADOR DA PESQUISA

() Eu concordo com os Procedimentos de Risco e precauções descritos acima. Eu certifico que revisei o Plano de Pesquisa do projeto e supervisionarei diretamente a sua realização com o cientista qualificado.

Assinatura: _____

SOLICITAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Sendo a presente proposta de pesquisa de nossa própria autoria, declaramos que estamos dispostos e comprometidos com seu desenvolvimento, sendo imparciais, coerentes e justos nos resultados. Nestes termos, pedimos ao Conselho de Revisão Institucional deferimento para assim podermos realizá-la.

Atenciosamente:

Assinatura do Orientador estando de acordo com as informações acima (Obrigatório):

Assinatura do Coorientador estando de acordo com as informações acima (Não obrigatório)

Assinatura do aluno pesquisador 01

Assinatura do aluno pesquisador 02

Assinatura do aluno pesquisador 03

DATA: _____

**PARECER DO CONSELHO DE REVISÃO INSTITUCIONAL
(OU COMISSÃO DE ÉTICA)**

O Conselho de Revisão Institucional da Unidade de Ensino:

declara que o plano de pesquisa descrito acima está

- () Aprovado sem restrições.
() Aprovado com restrições conforme observações abaixo ou documento em anexo.
() Não pode ser desenvolvido.

Observações e considerações sobre o projeto de pesquisa:

MEMBRO REPRESENTANTE DO CORPO DISCENTE DA ESCOLA

NOME:

Cargo na Unidade Escolar:

Formação (última titulação):

Assinatura:

MEMBRO DO CORPO DE ESPECIALISTAS DA ESCOLA

NOME:

Cargo na Unidade Escolar:

Formação (última titulação):

Assinatura:

**ESPECIALISTA DA ÁREA DE BIOLOGIA
(Biólogo, Biomédico, Farmacêutico...)**

NOME:

Cargo:

Formação (última titulação)

Registro do Conselho Regional:

Assinatura:

PRESIDENTE DO CONSELHO DE REVISÃO INSTITUCIONAL

NOME:

Cargo na Unidade Escolar:

Formação (última titulação):

Assinatura:

DIRETOR DA UNIDADE DE ENSINO

NOME:

Assinatura:

DATA DA ANÁLISE: