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 necessário 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**: |
| **( ) Ciências Agrárias**  **( ) Ciências Exatas e da terra**  **( ) Ciências Humanas**  **( ) Ciências Biológicas**  **( ) Ciências Sociais**  **( ) Ciências da Saúde**  **( ) Engenharia e suas aplicações**  **( ) Linguística, Letras e Artes** |
| **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?**  **( ) Sim ( ) 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:** |