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

*(Versão 31.05.2023)*

**1. FINALIDADE**

Ensino  Pesquisa  Treinamento

Início da atividade: Clique ou toque aqui para inserir uma data.

Final da atividade: Clique ou toque aqui para inserir uma data.

***(Em hipótese alguma poderá ser anterior à data da reunião; projeto de pesquisa: até 4 anos; aula prática: até 2 anos; treinamento: pontual, com a data de início e término do evento)***

**2. TÍTULO DA ATIVIDADE**

|  |
| --- |
|  |

Área do conhecimento CAPES:

|  |
| --- |
|  |

([24102022\_Tabela\_1844948\_TabelaAreasConhecimento\_atualizada\_2022.doc (live.com)](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Fcapes%2Fpt-br%2Fcentrais-de-conteudo%2Fdocumentos%2Favaliacao%2F24102022_Tabela_1844948_TabelaAreasConhecimento_atualizada_2022.doc&wdOrigin=BROWSELINK)):

**3. RESPONSÁVEL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:** |  |
| **CPF:** |  |
| **Instituição:** |  |
| **Unidade:** |  |
| **Telefone com DDD:** |  |
| **E-mail institucional:** |  |
| **Vínculo com a UFPR:** |  |
| **SIAPE ou Matrícula:** |  |

**4**. **COLABORADORES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:** |  |
| **CPF:** |  |
| **Instituição:** |  |
| **Unidade:** |  |
| **Telefone com DDD:** |  |
| **E-mail institucional:** |  |
| **Vínculo com a UFPR:** |  |
| **SIAPE ou Matrícula:** |  |
| **Treinamento Específico** (RESOLUÇÃO CONCEA/MCTI Nº 49, DE 7 DE MAIO DE 2021) | |
| Diploma de curso de graduação em Medicina Veterinária  Treinamento Documentado (anexar comprovante; a capacitação por treinamento documentado deverá ser comprovada por meio de documento emitido por médico veterinário ou por pessoa competente, com experiência profissional na técnica empregada, com validade de 5 (cinco) anos contados a partir da sua conclusão).  Experiência profissional. Tempo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anos (a capacitação por meio da experiência profissional deverá ser comprovada por meio de Currículo Vitae, que inclua as atividades desenvolvidas nos 5 (cinco) anos anteriores ao encaminhamento do projeto à CEUA). | |

|  |
| --- |
| **Capacitação em Ética e Prática** (RESOLUÇÃO CONCEA/MCTI Nº 49, DE 7 DE MAIO DE 2021) |
| Curso ou treinamento em Ciência de Animais de Laboratório\*  Curso ou treinamento equivalente, dependendo da espécie utilizada\*  Disciplina acadêmica na área de Ciência de Animais de Laboratório\*  Experiência profissional, que demonstre o conhecimento sobre a espécie animal a ser utilizada  **\*** A comprovação da capacitação se dará mediante a apresentação dos seguintes documentos, válidos por 5 (cinco) anos, a partir de sua conclusão: certificado de conclusão do curso; titulação acadêmica ou treinamento documentado. |

Art. 1º da RN Nº 49, de 7 de Maio de 2021, do CONCEA/MCTI: Todos os pesquisadores, responsáveis e demais usuários de animais de experimentação devem possuir capacitação, conforme suas atribuições nas atividades de ensino ou pesquisa científica, independentemente do grau de invasividade do protocolo empregado, a fim de se garantir o bem-estar dos animais sob sua responsabilidade.

**5. RESUMO DA ATIVIDADE (relatar todos os procedimentos com animais)**

|  |
| --- |
|  |

**6. OBJETIVOS (na íntegra)**

|  |
| --- |
|  |

**7. JUSTIFICATIVA**

|  |
| --- |
|  |

**8. MODELO ANIMAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espécie / Linhagem** | **idade** | **Peso** | **Sexo** | **Quantidade** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ***TOTAL*** | | | |  |

Justificativa dos procedimentos e da espécie animal:

|  |
| --- |
|  |

**8.1 PROCEDÊNCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Biotério, fazenda, aviário, ambiente, comércio etc. |  |

|  |
| --- |
| **Os animais possuem proprietário(s)?**  Não  Sim (anexar o modelo de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que será apresentado ao(s) proprietário(s)) |
| **Animal silvestre?**  Não  Sim Licença SISBIo Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Método de captura:** |
| **Outra procedência?**  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **O animal é geneticamente modificado?**  Não  Sim Protocolo CTNBio Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**8.2 GRAU DE INVASIVIDADE (CONCEA):**

GI1 = Experimentos que causam pouco ou nenhum desconforto ou estresse (ex.: observação e exame físico; ausência de contenção; deprivação alimentar ou hídrica por períodos equivalentes à deprivação na natureza).

GI2 = Experimentos que causam estresse, desconforto ou dor de leve intensidade (ex.: contenção por períodos breves e imobilidade em animais conscientes; administração oral, intravenosa, intraperitoneal, subcutânea ou intramuscular de substâncias que não causem reações adversas perceptíveis; eutanásia por métodos aprovados após anestesia ou sedação; procedimentos cirúrgicos menores, como biópsias, sob anestesia; 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).

ASSINALE A OPÇÃO QUE REFLETE O GRAU DE INVASIVIDADE DOS PROCEDIMENTOS DESCITOS NESTE FORMULÁRIO:

Grau de invasividade:  1  2  3  4

**8.3 CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO DOS ANIMAIS:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Local (biotério, fazenda, aquário etc.)** |  |
| **Ambiente (gaiola, jaula, baia etc.)** |  |
| **Alimentação:** |  |
| **Fonte de água:** |  |
| **Lotação (número de animais/área):** |  |
| **Exaustão de ar:** |  |
| **Climatização:** |  |
| **Outros:** |  |

**9. PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS DA ATIVIDADE**

**9.1 ESTRESSE INTENCIONAL**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Duração:** |  |
| **Modelo:** |  |
| **Justificativa:** |  |

**9.2 DOR INTENCIONAL**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Duração:** |  |
| **Modelo:** |  |
| **Justificativa:** |  |

**9.3 USO DE FÁRMACOS ANESTÉSICOS**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fármaco:** |  |
| **Dose (unidade de medida):** |  |
| **Via de administração:** |  |

No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).

**9.4 USO DE RELAXANTE MUSCULAR**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fármaco:** |  |
| **Dose (unidade de medida):** |  |
| **Via de administração:** |  |

No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).

**9.5 USO DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fármaco:** |  |
| **Dose (unidade de medida):** |  |
| **Via de administração:** |  |

No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).

**9.6 IMOBILIZAÇÃO DO ANIMAL**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Citar/descrever procedimento:** |  |

**9.7 CONDIÇÕES ALIMENTARES**

JEJUM:  Não  Sim. Tempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESTRIÇÃO HÍDRICA:  Não  Sim. Tempo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9.8 CIRURGIA E PÓS-OPERATÓRIO**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tipo:** | Única  Múltipla |
| **Técnica empregada:** |  |
| **Mesmo ato cirúrgico ou atos diferentes:** |  |
| **Observação de recuperação:** | Não  Sim. Tempo: |
| **Uso de analgesia pós-operatória:** | Não  Sim:   |  |  | | --- | --- | | **Fármaco:** |  | | **Dose (unidade de medida):** |  | | **Via de administração:** |  | |
| **Outros cuidados pós-operatórios:** | Não  Sim: Quais?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**9.9 EXPOSIÇÃO/INOCULAÇÃO/ADMINISTRAÇÃO**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Fármaco:** |  |
| **Dose (unidade de medida):** |  |
| **Via de administração:** |  |

No campo “fármaco”, deve-se informar o(s) nome(s) do(s) princípio(s) ativo(s) com suas respectivas Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).

**10. EXTRAÇÃO DE MATERIAIS BIOLÓGICOS**

Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Material:** |  |
| **Quantidade da amostra:** |  |
| **Frequência de coleta:** |  |
| **Método de coleta:** |  |
| **Os materiais biológicos destes exemplares serão usados em outros projetos? Quais? Se já aprovado pela CEUA, mencionar o número do protocolo.** |  |

**11. FINALIZAÇÃO**

**11.1 MÉTODO DE INDUÇÃO DE MORTE**

ABATE:  Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Método:** |  |

EUTANÁSIA:  Não  Sim:

|  |  |
| --- | --- |
| **Método\*:** |  |

\*Resolução 1000/12 CFMV. Se for restritivo, justificar.

**11.2 DESTINO DOS ANIMAIS APÓS A ATIVIDADE**

|  |
| --- |
|  |

**11.3 DESCARTE DA CARCAÇA**

|  |
| --- |
|  |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

O responsável pelo projeto, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara que:

1. leu o disposto na Lei nº 11.794, de 8 de outubro de 2008, e nas demais normas aplicáveis à utilização de animais em ensino e/ou pesquisa, especialmente as Resoluções Normativas do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal – 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.

DATA:Clique ou toque aqui para inserir uma data.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_