**FORMULÁRIO PARA PROJETO DE PESQUISA**

À

CEUA – Comissão de Ética no Uso de Animais

Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto

Universidade de São Paulo

Senhor Coordenador:

Eu, nome do pesquisador ou orientador, nacionalidade, profissão, cédula de identidade (RG) nº 00.000.000-0, residente à endereço completo, cidade, , e-mail xxx@xxxx venho requerer de V. Exa. a avaliação do meu projeto de pesquisa intitulado “nome do projeto“, bem como emissão de Autorização, caso seja aprovado.

Nestes termos, pede deferimento.

Ribeirão Preto,      .

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nome e assinatura do pesquisador  (pós-graduando, pós-doutorando ou  orientador, se aluno de graduação) | Nome e assinatura do orientador |

**DADOS DO PROJETO/AULA**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assunto*** | **Para uso da CEUA** |
| **Título do Projeto (em português):** |  |
| **Pesquisador principal (pós-doutorando, pesquisador, pós-graduando ou orientador, se aluno de graduação)**  **Nome:**  **Número USP:**  **E-mail:** |  |
| **Colaboradores** (alunos de graduação, pós-graduação, docentes, pesquisadores)  **Nome:**  **Função/Cargo:**  **Data de ingresso (Graduação, Pós-graduação ou função):**  **Número USP:** |  |
| **Colaboradores (demais pesquisadores)**  **Nome:**  **Função/Cargo:** |  |
| **Agência Financiadora:**  **Número do projeto de pesquisa:** |  |
| **Data para o início do projeto:**  O projeto deve ser entregue à CEUA com no mínimo 60 dias de antecedência da data prevista para início, caso contrário será indeferido. |  |
| **Data prevista para o término do projeto:** |  |
| **Finalidade do projeto:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Finalidade (de acordo com CONCEA)** | | | **Optar com X** | | **1)** | Estudo de biologia fundamental | |  | | **2)** | Estudo de comportamento animal | |  | | **3)** | Pesquisa e Desenvolvimento Humano/veterinário/ odontologia | Drogas / medicamentos |  | | Alimentos |  | | Imunológicos |  | | Instrumentos |  | | **4)** | Produção e controle de qualidade de produtos da medicina humana e odontologia | Drogas / medicamentos |  | | Alimentos |  | | Imunológicos |  | | Instrumentos |  | | **5)** | Produção e controle de qualidade de produtos veterinários | Drogas / medicamentos |  | | Alimentos |  | | Imunológicos |  | | Instrumentos |  | | **6)** | Toxicologia e outras análises de segurança | Produtos / Substancias ou dispositivos para uso humano, odontológico e veterinário |  | | Produtos/Substancias utilizadas ou destinadas prioritariamente para a agricultura |  | | Produtos/Substancias utilizadas ou destinadas prioritariamente para a indústria |  | | Produtos/Substancias utilizadas ou destinadas prioritariamente nos cuidados dos domésticos |  | | Produtos/Substancias utilizadas ou destinadas prioritariamente como cosméticos ou higiene pessoal |  | | Produtos/Substancias utilizadas ou destinadas prioritariamente como aditivos alimentares para consumo humano |  | | Produtos/Substancias utilizadas ou destinadas prioritariamente como aditivos alimentares para consumo animal |  | | Contaminante potencial ou real do meio ambiente em geral que não apareceu anteriormente |  | | Outras análises toxicológicas e de segurança |  | | **7)** | Diagnóstico de doenças | |  | | **8)** | Educação | |  | | **9)** | Treinamento | |  | | **10** | Outros: (especificar): | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assunto*** | **Para uso da CEUA** |
| **OBJETIVO DO PROJETO (em português)** |  |
| **JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO PROJETO (em português)** |  |
| **RESUMO DO PROJETO (em português)** |  |
| **Cronograma de execução do projeto: (se de curta duração – até 12 meses – fazer descrição mensal ou bimensal; se maior que 12 meses, fazer a descrição semestral)** |  |

**INFORMAÇÕES SOBRE OS MODELOS ANIMAIS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Assunto*** | | | | | | | **Para uso da CEUA** |
| **Espécie animal principal:** | | | | | | |  |
| **Espécie** | **Linhagem** | **Idade** | **Peso**  **aproximado** | **Sexo e quantidade** | | |  |
| **M** | **F** | **Indiferente** |
| Anfíbio |  |  |  |  |  |  |  |
| Ave |  |  |  |  |  |  |  |
| Bovino |  |  |  |  |  |  |  |
| Cão |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo heterogênico (ex: Swiss) |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo isogênico (ex: C57BL/6, BALB/c, FVB/N, BALB/c NUDE, Hairless, HRS/J) |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo *Knockout* |  |  |  |  |  |  |  |
| Camundongo transgênico (ex   linhagens Cre-Lox com transgenes ) |  |  |  |  |  |  |  |
| Caprino |  |  |  |  |  |  |  |
| Chinchila |  |  |  |  |  |  |  |
| Cobaia |  |  |  |  |  |  |  |
| Coelhos |  |  |  |  |  |  |  |
| Equídeo |  |  |  |  |  |  |  |
| Outra Espécie silvestre brasileira |  |  |  |  |  |  |  |
| Outra Espécie silvestre não-brasileira |  |  |  |  |  |  |  |
| Gato |  |  |  |  |  |  |  |
| Gerbil |  |  |  |  |  |  |  |
| Hamster |  |  |  |  |  |  |  |
| Ovino |  |  |  |  |  |  |  |
| Peixe |  |  |  |  |  |  |  |
| Primata não-humano |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato heterogênico (ex: Wistar Hannover, Sprague Dawley, SHR) |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato isogênico (ex: Lewis)) |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato *Knockout* |  |  |  |  |  |  |  |
| Rato transgênico |  |  |  |  |  |  |  |
| Réptil |  |  |  |  |  |  |  |
| Suíno |  |  |  |  |  |  |  |
| Outra |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Procedência:**  Biotério de criação  Animal Silvestre  Outro:  Especificar de onde/qual Biotério de criação (nome do Biotério) vem/será adquirido o animal | **Para uso da CEUA** |
| **Se animal silvestre, informe o número de protocolo SISBIO:**  \* anexar autorização do IBAMA/protocolo SISBIO. |  |
| **Informe o método de captura, se utilizando animal silvestre** |  |
| **Se animal geneticamente modificado, informe o número de protocolo CTNBIO e anexar cadastro na CIBIO** |  |
| **Local de permanência dos animais**  Biotério:  Especificar em qual Biotério os animais serão mantidos durante sua pesquisa (nome de registro do Biotério no CONCEA)  Outro local: |  |
| **Tempo de permanência dos animais nesse biotério:**        (horas, dias, semanas, meses) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planejamento estatístico na definição do número de animais por grupo experimental- Segundo a RN 25 do CONCEA, no item 3.1.1 Análise Estatística” há necessidade de realização de planejamento estatístico para definição do tamanho da amostra. Assim, indique os parâmetros utilizados para definição do tamanho amostral e apresente o *print* da tela com os resultados obtidos em software utilizado para cálculo amostral:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Inserir o *print* da tela:** (colar aqui) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **α =**  **poder do teste =**  **número de grupos =**  **graus de liberdade =**  **OBS:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Faça uma lista dos procedimentos experimentais que serão utilizados neste projeto e justifique sua realização para cada um deles: (sugere-se inserção de tabelas com grupos experimentais e n de cada grupo, assim como o número de dias de tratamento, procedimento, se for o caso).** |  |

**GRAU DE SEVERIDADE DOS PROCEDIMENTOS**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Assunto*** | **Para uso da CEUA** |
| **Classifique a provável severidade resultante dos procedimentos para que possam ser equilibrados de acordo com os benefícios potenciais. A severidade será classificada em de acordo com as definições do CONCEA.**  **\* GRAU DE INVASIVIDADE (GI)**  **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).*  **GRAU DE INVASIVIDADE:** |  |

Considerando a Resolução Normativa CONCEA/MCTI Nº 49, DE 7 DE MAIO DE 2021 que dispõe sobre a obrigatoriedade de capacitação do pessoal envolvido em atividades de ensino e pesquisa científica que utilizem animais, e considerando que são usuários de animais de experimentação todos os indivíduos envolvidos na manipulação de animais em atividades de produção, manutenção ou utilização em pesquisa científica ou ensino, solicita-se anexar documentação comprobatória da capacitação dos envolvidos no projeto, conforme detalhado Resolução Normativa N° 49.

**CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO E ALIMENTAÇÃO DOS ANIMAIS**

|  |
| --- |
| **Tipo de Biotério:**  Convencional  Livre de patógenos específicos (SPF)  Outro: |
| **Ambiente de alojamento:**  Caixas convencionais  Estante Ventilada  Rack ventilada com mini isolador  Outro: |
| **Densidade populacional por caixa ou gaiola:**        animal (is)/      cm2. |
| **Temperatura e Sistema de Exaustão do local de alojamento dos animais:**  Sistema de climatização central: temperatura máxima de      ºC e mínima de      º C  Sem controle – temperatura e ventilação naturais  Ar condicionado de parede ou split: temperatura máxima de      ºC e mínima de      º C  Exaustor de parede  Outro:  OBS: |
| **Umidade relativa do ar do local de alojamento dos animais:**  Sistema de climatização central: umidade máxima de      % e mínima de      %  Sem controle – umidade natural  Umidificador portátil  Outro:  OBS: |
| **Número de trocas de ar/hora do local de alojamento dos animais:**        trocas de ar/hora  Capacidade do exaustor:       m3/hora  Volume do local de alojamento dos animais:       m3  Outro:  OBS:  *Informar em OBS o tempo que o exaustor ficar ligado em uma hora. Se estante/rack ventilada, colocar o modelo (e número de trocas, caso fornecido pelo fabricante). Se houver exaustor na sala, colocar o número de trocas da sala e não da estante.* |
| **Controle de iluminação do local de alojamento dos animais:**  Automático com timer:    horas claro/   horas escuro  Manual:    horas claro/   horas escuro  OBS: |
| **Cama utilizada nas caixas ou gaiolas e número de trocas/semana:**  Cama de       trocada       vezes por semana.  OBS: |
| **Alimentação fornecida:**  Controlada  À vontade  Ração  Outra: qual?  OBS: |
| **Água para beber:**  Controlada  À vontade  Água:  filtrada  não filtrada  Outra bebida: qual?  OBS: |
| **Barreiras sanitárias presentes no Biotério:**  Autoclave (calor úmido)  Banheiros/sanitários/vestiário  Túnel de passagem  Estufa (calor seco)  Air lock (ante-câmara)  Tanque de imersão  Corredores “sujo” e “limpo”  Filtro de ar  Outro: |

**DO PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL**

|  |
| --- |
| **Haverá exposição do animal a agentes físicos?**  Não.  Sim – Por favor, especifique:  Quais agentes:  Tempo de exposição:       durante       . |
| **O animal será submetido a tratamentos com Fármacos\* ou outras substâncias?**  Não.  Sim – quais?  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração      Tempo de tratamento:       durante       . |
| **O animal receberá em sua alimentação medicamentos ou outras substâncias?**  Não.  Sim – quais?  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração      Tempo de tratamento:       durante       . |
| **O (s) animal (is) será submetido (s) a procedimentos operatórios/cirúrgicos?**  Não.  Sim – preencha as informações dos próximos quadros. |

**ATENÇÃO: No campo “Fármaco” deve ser preenchido o nome do princípio ativo com sua respectiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).**

**PROCEDIMENTOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

|  |
| --- |
| **Será necessária a realização de procedimentos pré-operatórios?**  Não.  Sim – por favor preencha os itens a seguir. |
| **Procedimentos realizados:**  Exames laboratoriais  Vacinação:  Vermifugação:  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg) Via de administração    Antibioticoterapia:  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração    Ambientação (mínima de 48 horas) |
| **Pré-anestésico utilizado:**  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg) Via de administração               Principal Efeito Esperado:  Sedação  Hipnose  Miorrelaxamento  Anti-colinérgico  Facilitar a contenção  Outros: |
| **Anestésico utilizado:**  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg) Via de administração |
| **Analgésico e/ou Anti-inflamatório utilizado:**  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração |
| **Relaxante Muscular:**  Não  Sim. Qual ?  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração |
| **Outros Fármacos\* utilizados:**  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose (mg/kg ou UI) Via de administração |
| **Utilizará método de contenção para administração desses agentes?**  Não  Sim. Qual |
| **Observações necessárias:** |

**ATENÇÃO: No campo “Fármaco” deve ser preenchido o nome do princípio ativo com sua respectiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).**

**PROCEDIMENTOS OPERATÓRIOS/CIRÚRGICOS**

|  |
| --- |
| **Descreva, resumidamente, o ato cirúrgico:**  Tempo total do procedimento cirúrgico:       minutos  Posição do animal:  Local e tamanho da incisão:  Manipulações executadas:  Haverá Sutura?  Não  Sim. Descreva o local e o fio utilizado: |
| **Será realizada Soroterapia?**  Não  Sim. Descreva:  a solução utilizada:  o volume administrado: |
| **Durante o procedimento cirúrgico haverá utilização de Fármacos\*?**  Não  Sim. Descreva:  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose Via de administração |
| **Observações necessárias:** |

**ATENÇÃO: No campo “Fármaco” deve ser preenchido o nome do princípio ativo com sua respectiva Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI).**

**PROCEDIMENTOS PÓS-OPERATÓRIOS**

|  |
| --- |
| **Haverá acompanhamento no período pós-operatório?**  Não. Justifique:  Sim. Descreva quais parâmetros serão analisados e quais procedimentos serão adotados: |
| **Recuperação:**  Tempo total do procedimento (da aplicação do pré-anestésico até a recuperação total do animal):       minutos  Tempo de recuperação do animal:       minutos  Tipo de alojamento para recuperação:      . Possui aquecimento?  sim  não |
| **Observações necessárias:** |

**OUTROS PROCEDIMENTOS**

|  |
| --- |
| **Durante a realização dos diferentes procedimentos experimentais (exceto o de eutanásia), haverá:** |
| **1.extração de fluidos?**  Não.  Sim – quais?  Para tanto, especifique se:   1. utilizará de método de contenção:   Não.  Sim – qual?   1. utilizará agentes químicos:   Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose Via de administração    Volume: |
| * 1. **Utilizará método de contenção para administração desses agentes?**   Não  Sim. Qual |
| **2.Extração de órgãos?**  Não.  Sim – quais?  Para tanto, especifique se utilizará:   1. método de contenção:   Não.  Sim – qual?   1. agentes químicos:   Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose Via de administração    Volume: |
| **2.2. Utilizará método de contenção para administração desses agentes?**  Não  Sim. Qual |
| **3. estresse intencional?**  Não  Sim. Descreva o procedimento, justificando sua utilização: |
| **4. dor intencional?**  Não  Sim. Descreva o procedimento, justificando sua utilização: |
| **5. Haverá Restrição Alimentar e/ou Jejum?**  Não  Sim. Descreva o procedimento, justificando sua utilização: |
| **6. Haverá Restrição Hídrica?**  Não  Sim. Descreva o procedimento, justificando sua utilização: |
| **7. Os materiais biológicos destes exemplares serão usados em outros projetos?**  Não.  Sim – **Informe:**  Quais?  Quantidade da amostra  Frequência da coleta  Método da coleta    **Informe se nesses outros projetos existe aprovação pela CEUA dos protocolos experimentais que o envolvem.** |
| **8. Se houver a realização de outros procedimentos na conduta experimental, que não os mencionados acima, descreva-os, justificando sua utilização (qualquer manipulação envolvendo os animais vivos, que não foram descritos anteriormente neste formulário, devem ser descritos neste item):** |
| **Observações necessárias:** |

**EUTANÁSIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Método de eutanásia:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **FÍSICO** | | **Optar com X** | | **1)** | Decapitação sem anestesia prévia (inserir justificativa abaixo)  OBS:  *inserir todas exigências da RN37 referente esse método* |  | | **2)** | Decapitação com anestesia prévia (inserir justificativa abaixo)  Fármaco\* (nome químico e concentração):  Dose (mg/kg)  Via de administração |  | | **3)** | Deslocamento cervical sem anestesia prévia (inserir justificativa abaixo) |  | | **4)** | Deslocamento cervical com anestesia prévia  Fármaco\* (nome químico e concentração):  Dose (mg/kg)  Via de administração |  | | **5)** | Hipotermia |  | | **6)** | OUTRO: |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **QUÍMICO** | | **Optar com X** | | **1)** | Sobredose anestésica (inserir detalhe do fármaco abaixo) |  | | **2)** | Inalação por dióxido de carbono  OBS:  *inserir todas exigências da RN37 referente esse método* |  | | **3)** | OUTRO: |  | |
| **Se o método selecionado anteriormente for sobredose anestésica, descreva:**  Fármaco\* (nome químico e concentração) Dose Via de administração |
| **Sendo decapitação ou deslocamento cervical, justifique a necessidade do mesmo e o motivo, se for o caso, da não utilização prévia de anestesia:** |
| **Qual(is) o(s) parâmetro(s) utilizado(s) para confirmar a morte do animal:** |
| **Haverá extração de fluidos e/ou tecidos?**  Não.  Sim – Informe:  Qual (is) material (is)? |
| **Destino do animal após o experimento:** |
| **Observações necessárias:** |

**TERMOS DE COMPROMISSO E DE RESPONSABILIDADE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Assunto*** | | **Para uso da CEUA** |
| DO PESQUISADOR PRINCIPAL  Eu,       declaro para os devidos fins que:   1. Li 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. Li os princípios éticos da utilização de animais elaborados pela Comissão de Ética no Uso de Animais da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP e aceitamos plenamente as suas exigências durante a execução deste experimento. 3. Conheço e cumprirei os requisitos da Comissão de Ética no Uso de Animais da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras – USP. 4. 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; 5. Não existe método substitutivo que possa ser utilizado como uma alternativa ao projeto. 6. Declaro ainda que os procedimentos descritos no projeto de pesquisa encontram-se descritos no cadastro por mim preenchido e que a atualização dos mesmos é de minha responsabilidade. 7. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. 8. Aceito as responsabilidades pela condução científica deste projeto de pesquisa. | |  |
| Data: | Assinatura: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DOS PESQUISADORES ENVOLVIDOS  Nós certificamos que:   1. Lemos 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. Lemos os princípios éticos da utilização de animais elaborados pela Comissão de Ética no Uso de Animais da. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP e aceitamos plenamente as suas exigências durante a execução deste experimento. 3. Conheço e cumprirei os requisitos Comissão de Ética no Uso de Animais da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – USP. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do pesquisador interessado/colaborador\*:  Data e Assinatura:  Nome do pesquisador interessado/colaborador\*:  Data e Assinatura: |  |

\* Todos os interessados/colaboradores devem assinar.

**DO RESPONSÁVEL PELA UNIDADE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Assunto*** | | **Para uso da CEUA** |
| **Termo de Compromisso** (do responsável pela Unidade): Declaro que **conheço e cumprirei os requisitos da** *Comissão de Ética no Uso de Animais da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto - USP* **e da legislação em vigor** e que esta Unidade USP tem condições para o desenvolvimento deste projeto. Para tanto, autorizo sua execução. | |  |
| Nome: | Cargo: Diretor da FCFRP-USP |  |
| Data: | Assinatura: |  |

**RESOLUÇÃO DA COMISSÃO**

|  |
| --- |
| ***A Comissão de Ética no Uso de Animais – CEUA, na sua reunião de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, APROVOU os procedimentos éticos apresentados neste protocolo.***  ***Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **Coordenador da CEUA** |

|  |
| --- |
| ***A Comissão de Ética no Uso de Animais – CEUA, na sua reunião de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_, emitiu o parecer em anexo e retorna o protocolo para sua revisão.***  ***Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***  **Coordenador da CEUA** |