



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS
UNCISAL

Transformada pela Lei nº 6.660 de 28 de dezembro de 2005
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113, Trapiche da Barra, CEP: 57.010.382, Maceió-Alagoas

CENTRO DE PESQUISA EXPERIMENTAL E BIOTÉRIO
CCEB

CADASTRO DE PROJETO DE PESQUISA/SOLICITAÇÃO DE ANIMAIS

Nome do Projeto:

Nome do Pesquisador Coordenador: _____

Unidade/Departamento: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Número Credenciamento CEUA (anexar cópia do documento): _____

Duração (previsão de duração total do projeto, conforme cadastrado na CEUA):

Início: ____/____/____

Fim: ____/____/____

Equipe de Colaboradores (nomear todos os indivíduos que utilizarão as dependências do CCEB para o desenvolvimento do projeto)

Nome: _____

Maior nível acadêmico: () Doutor () Mestre () Especialista () Graduação () Estudante

Experiência prévia: () sim () não Treinamento: () sim () não

Nome: _____

Maior nível acadêmico: () Doutor () Mestre () Especialista () Graduação () Estudante

Experiência prévia: () sim () não Treinamento: () sim () não

Nome: _____

Maior nível acadêmico: () Doutor () Mestre () Especialista () Graduação () Estudante

Experiência prévia: () sim () não Treinamento: () sim () não

Nome: _____

Maior nível acadêmico: () Doutor () Mestre () Especialista () Graduação () Estudante

Experiência prévia: () sim () não Treinamento: () sim () não

Nome: _____

Maior nível acadêmico: () Doutor () Mestre () Especialista () Graduação () Estudante

Experiência prévia: () sim () não Treinamento: () sim () não

SOLICITAÇÃO DE ANIMAIS

Espécie:

() Rato () Camundongo () Coelho

Linhagem: _____

Sexo: () Macho () Fêmea

Idade: _____

Quantidade total (conforme aprovado no CEUA): _____

Cronograma de liberação:

Data	Horário	Pesquisador Responsável pelo recebimento	Número de Animais	Local de destino	Assinatura de recebimento

Procedimentos a serem realizados:

() coleta de sangue () avaliação comportamental

() procedimento cirúrgico () teste de medicamentos

inoculação de MO outros _____

Alimentação (ração e água):

Normal Específica _____

Eutanásia (descrever o método aprovado pelo CEUA)

Responsável Técnico pelo projeto (deve ser Médico Veterinário, conforme cadastrado na CEUA): _____

Observações

Maceió, ____ de _____ de 201 ____

Assinatura Pesquisador Responsável: _____