

**Universidade de São Paulo**

Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia Hospital Veterinário

TERMO DE SOLICITAÇÃO E RESPONSABILIDADE

Aos Professores Responsáveis pelos Serviços de:

Solicito autorização para incluir no projeto de pesquisa intitulado

, previamente aprovado pela Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), sob orientação do(a) Professor(a) Doutor(a)

, do Departamento de

, da ,

animais atendidos, material biológico, dados de prontuários e/ou execução de exames complementares junto aos Serviços do Hospital Veterinário da FMVZ – USP acima listados.

Assumo a responsabilidade de informar pormenorizadamente o responsável pelo animal sobre os procedimentos a serem realizados, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e de acordar previamente com os serviços os procedimentos a serem realizados no âmbito deste projeto de pesquisa.

Nome do solicitante: N° USP ou RG:

Celular: e-mail:

Local e data:

Assinatura do solicitante Assinatura do orientador

Ciente e de acordo,

Docente Responsável pelo Serviço de Docente Responsável pelo Serviço de

Docente Responsável pelo Serviço de Docente Responsável pelo Serviço de

Av. Prof. Dr. Orlando Marques de Paiva, 87 – Cidade Universitária Armando de Sales Oliveira São Paulo/SP – Brasil | CEP 05508-270 | Tel. +55 11 3091-1236 | [hovet@usp.br](mailto:hovet@usp.br)

<http://www.hovet.fmvz.usp.br/> | facebook.com/fmvz.usp.br