**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO**

Nº da Solicitação de Serviço \_\_\_\_\_

Nº do Termo de Depósito ao qual este formulário está vinculado \_\_\_\_\_

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome\*

Cargo

Laboratório/Departamento/Instituto

Instituição

Documento de Identificação (tipo,  
número e órgão emissor)

CPF

Endereço completo\*

E-mail (pessoal ou institucional, se  
houver)\*

Telefone\*

Responsável com vínculo permanente  
na instituição:**SERVIÇO SOLICITADO\***

Identificação Morfológica Molecular	Depósito Aberto	Consulta	Doação Lâmina
	Fechado (5 anos)		Material genético
Empréstimo (3 a 12 meses)	Permuta	Treinamento	Consultoria

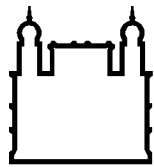
Para depósito, identificação e/ou solicitação de material genético, preencher dados no verso

Os serviços descritos neste procedimento deverão ocorrer entre a Fiocruz-COLFLEB e instituições de pesquisa, instituições de saúde envolvidas com o controle vetorial, outras coleções biológicas e agências reguladoras. Apenas os serviços de depósito e doação de lâminas poderão ser solicitados por empresas privadas e pelo público em geral.

**DESCRIÇÃO DO SERVIÇO\*****\*informações obrigatórias.****Obs.: O formulário deve ser assinado pelo solicitante e enviado via e-mail ([colfleb@fiocruz.br](mailto:colfleb@fiocruz.br)) ou postal.**

Assinatura do Solicitante\*

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto René Rachou  
Coleção de Flebotomíneos

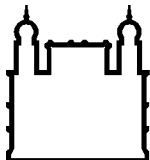
**FIOCRUZ-COLFLEB**

**DESCRIÇÃO DO MATERIAL BIOLÓGICO**

Número Sequencial	Menor nível taxonômico possível*	Status Tipo	Método de preservação*	Número de exemplares*	Nº de Coleta de Campo*	Nome Completo do Coletor*	Data de Coleta*	Determinador/Data da determinação*	Localidade de coleta*
#1									
#2									
#3									
#4									
#5									
#6									

Número Sequencial	Coordenadas Geográficas (grau, minuto e segundo)	Datum	Município/ Estado/ País*	Observações (incluir acordos prévios, autorizações de coleta, cadastros de acesso, restrições, contratos, se houver)	Nº de acesso da sequência genética (voucher)	No. de catálogo (para uso da Fiocruz-COLFLEB)
#1						
#2						
#3						
#4						
#5						
#6						

**ATENÇÃO:** Para depósito é imprescindível o preenchimento dos campos e assinatura do Termo de depósito



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

Instituto René Rachou  
Coleção de Flebotomíneos

**FIOCRUZ-COLFLEB**

**PARA USO EXCLUSIVO DA COLEÇÃO**

Data de recebimento do material:

O material estava em boas condições para finalidade?

Responsável pelo recebimento do material:

Local e condição de Armazenamento:

Observações:

Serviço autorizado por (Curador):

Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data do depósito: