



Espaço para etiqueta

DEPÓSITO DE PEDIDO DE PATENTE OU DE CERTIFICADO DE ADIÇÃO**Ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial:**

O requerente solicita a concessão de um privilégio na natureza e nas condições abaixo indicadas

1. Depositante (71):

- 1.1 Nome: Universidade Federal de Minas Gerais
 1.2 Qualificação: Instit. de Ensino e Pesquisa
 1.3 CNPJ/CPF: 17217985000104
 1.4 Endereço Completo: Av. Antonio Carlos, 6627 - Pampulha, Belo Horizonte - MG, Brasil
 1.5 CEP: 31270-901 1.6 Telefone: (31) 3409-4774 1.7 Fax: (31) 3409-6430
 1.8 E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

☒ continua em folha anexa**2. Natureza:** ☒ Invenção ☐ Modelo de Utilidade ☐ Certificado de AdiçãoEscreva, obrigatoriamente, e por extenso, a Natureza desejada: **PATENTE DE INVENÇÃO****3. Título da Invenção ou Modelo de Utilidade ou Certificado de Adição(54):**

"PROCESSO PARA PRODUÇÃO DE MAPK E MAPK3 RECOMBINANTE DE LEISHMANIA E USO NO DIAGNÓSTICO E VACINA CONTRA LEISHMANIOSES

☐ continua em folha anexa**4. Pedido de Divisão:** do pedido N° _____ Data de Depósito: _____**5. Prioridade:** ☐ interna ☐ unionista

O depositante reivindica a(s) seguinte(s):

País ou organização de origem	Número de depósito	Data do depósito

6. Inventor (72):☐ Assinale aqui se o(s) mesmo(s) requer(em) a não divulgação de seu(s) nome(s)

- 6.1 Nome: RICARDO TOSHIO FUJIWARA
 6.2 Qualificação: PROFESSOR 6.3 CPF: 171.267.248-70
 6.4 Endereço completo: Rua Desemb. Paula Mota, 263, Apto. 1404, Bairro Ouro Preto, MG
 6.5 CEP: 31.310-340 6.6 Telefone: 31 3409-4774 6.7 Fax: 31 3409-6430
 6.8 E-Mail: patentes@ctit.ufmg.br

☒ continua em folha anexa

7. Declaração na forma do item 3.2 do Ato Normativo nº 127/97:

☐ 7.1 Declaro que os dados fornecidos no presente formulário são idênticos ao da certidão de depósito ou documento equivalente do pedido cuja prioridade está sendo reivindicada.

☐ em anexo

8. Declaração de divulgação anterior não prejudicial: (Período de Graça):
(art. 12 da LPI e item 2 do AN nº 127/97)

☐ em anexo

9. Procurador (74)

9.1 Nome:

9.2 CNPJ/CPF:

9.3 API/OAB:

9.4 Endereço completo:

9.5 CEP:

9.6 Telefone:

9.7 Fax:

9.8 E-Mail:

10. Listagem de sequências Biológicas (documentos anexados) (se houver):

☒ Listagem de sequências em arquivo eletrônico: 02 nº de CDs ou DVDs (original e cópia).

☐ Código de controle alfanumérico no formato de código de barras: 01 fl.

☒ Listagem de sequências em formato impresso: fls.

☒ Declaração de acordo com o artigo da Resolução INPI nº 228/09: 01 fls.

11. Documentos anexados (assinale e indique também o número de folhas):
(Deverá ser indicado o nº total de somente uma das vias de cada documento)

<input checked="" type="checkbox"/>	11.1 Guia de Recolhimento	<u>01</u> fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.5 Relatório descritivo	<u>10</u> fls.
<input type="checkbox"/>	11.2 Procuração	fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.6 Reivindicações	<u>02</u> fls.
<input type="checkbox"/>	11.3 Documentos de Prioridade	fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.7 Desenhos	<u>01</u> fls.
<input type="checkbox"/>	11.4 Doc. de contrato de trabalho	fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.8 Resumo	<u>01</u> fls.
<input checked="" type="checkbox"/>	11.9 Outros que não aqueles definidos no campo 11 (especificar) <u>Anexo de Depoimentos, Anexo de Inventores, Portaria.</u>				<u>03</u> fls.

12. Total de folhas anexadas (referentes aos campos 10 e 11): 20 fls.

13. Declaro, sob penas da Lei, que todas as informações acima prestadas são completas e verdadeiras.

Belo Horizonte, 28/12/2012

Local e Data



Assinatura e Carimbo
Prof. Renato de Lima Santos
Pró-Reitor de Pesquisa / UFMG
Delegação de Competência
Portaria nº 042 / 2010

ANEXO DE DEPOSITANTES

Título: "PROCESSO PARA PRODUÇÃO DE MAPK E MAPK3 RECOMBINANTE DE
LEISHMANIA E USO NO DIAGNÓSTICO E VACINA CONTRA LEISHMANIOSES

Página 1

Nome: Universidade Federal de Uberlândia

Qualificação: Instituição de Ensino e Pesquisa

CNPJ / CPF / Número INPI: 25648387/0001-18

Endereço Completo: Av. João Naves de Ávila, 2121, Uberlândia, MG

CEP: 38408-100

Telefone: (34) 3219-4248

FAX: (31) 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br



ANEXO DE INVENTORES

Título: "PROCESSO PARA PRODUÇÃO DE MAPK E MAPK3 RECOMBINANTE DE LEISHMANIA E USO NO DIAGNÓSTICO E VACINA CONTRA LEISHMANIOSES

Página 1

Nome: DANIEL MENEZES SOUZA

Qualificação: PESQUISADOR

CPF: 057.928.896-00

Endereço Completo: RUA CASTELO DE GUIMARÃES, 190, APTO. 204, BAIRRO CASTELO, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 31.330-250

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

Nome: DANIELLA CASTANHEIRA BARTHOLOMEU

Qualificação: PROFESSORA

CPF: 716754266-00

Endereço Completo: RUA DESEMBARGADOR PEDRO LICINIO, 365, APTO. 202, BAIRRO OURO PRETO, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 31.310-650

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

Nome: MATHEUS DE SOUZA GOMES

Qualificação: PESQUISADOR

CPF: 014083496-63

Endereço Completo: RUA MARIA JUSTA, 18, APTO. 201, BAIRRO JARDIM AMÉRICA, PATOS DE MINAS, MG

CEP: 38.701-078

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

Nome: LILIAN LACERDA BUENO

Qualificação: PESQUISADOR

CPF: 040008586-02

Endereço Completo: RUA DESEMB. PAULA MOTA, 263, APTO. 1404, BAIRRO OURO PRETO, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 31.310-340

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

