

28/12/2012 014120003059  
15:44 DEMG



BR 10 2012 033561 1

Espaço reservado ao protocolo

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 Adição

Escreva, obrigatoriamente, e por extenso, a Natureza desejada: **PATENTE DE INVENÇÃO**

#### 3. Título da Invenção ou Modelo de Utilidade ou Certificado de Adição(54):

"ANTICORPO MONOCLONAL, PROCESSO DE OBTENÇÃO E USO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO LOXOSCELISMO"

☐ 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):

Pais 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: CARLOS DELFIN CHÁVEZ OLÓRTEGUI  
6.2 Qualificação: PROFESSOR 6.3 CPF: 455.731.316-72  
6.4 Endereço completo: ALAMEDA DOS CARIOCAS, 280, BAIRRO JARDIM ENCANTADO, VESPASIANO, MG  
6.5 CEP: 33.200-000 6.6 Telefone: 31 3409-4774 6.7 Fax: 31 3409-6430  
6.8 E-Mail: patentes@ctit.ufmg.br

☒ continua em folha anexa

*[Handwritten signature]*

**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: fl.

☒ Listagem de sequências em formato impresso: *01* 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	<i>01</i> fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.5 Relatório descritivo	<i>16</i> fls.
<input type="checkbox"/>	11.2 Procuração	fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.6 Reivindicações	<i>02</i> fls.
<input type="checkbox"/>	11.3 Documentos de Prioridade	fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.7 Desenhos	<i>05</i> fls.
<input type="checkbox"/>	11.4 Doc. de contrato de trabalho	fls.	<input checked="" type="checkbox"/>	11.8 Resumo	<i>01</i> fls.
<input checked="" type="checkbox"/>	11.9 Outros que não aqueles definidos no campo 11 (especificar) <i>Anexo de Inventores, Portaria.</i>				<i>02</i> fls.

**12. Total de folhas anexadas (referentes aos campos 10 e 11):** *29* 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 INVENTORES

Título: "ANTICORPO MONOCLONAL, PROCESSO DE OBTENÇÃO E USO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO LOXOSCELISMO"

Página 1

---

Nome: CAMILA DIAS LOPES

Qualificação: PESQUISADORA

CPF: 064.065.496-78

Endereço Completo: RUA ELZA MOREIRA LOPES, 65, APTO. 102, BAIRRO SANTA ROSA, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 31.255-730

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

---

Nome: LIZA FIGUEIREDO FELICORI VILELA

Qualificação: PROFESSORA

CPF: 050.007.196-97

Endereço Completo: RUA NÍQUEL, 138, APTO. 301, BAIRRO SERRA, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 30.220-280

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

---

Nome: GABRIELA GUIMARÃES MACHADO

Qualificação: PESQUISADORA

CPF: 016.005.276-98

Endereço Completo: RUA MESTRE LUÍS, 46, APTO. 1101, BAIRRO SÃO PEDRO, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 30.330-070

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

---

Nome: CLARA GUERRA DUARTE

Qualificação: PESQUISADORA

CPF: 061.826.016-12

Endereço Completo: RUA MONTE NEGRO, 129, APTO. 101, BAIRRO PRADO, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 30.410-200

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

---

Nome: RICARDO MACHADO DE ÁVILA

Qualificação: PESQUISADOR

CPF: 012.186.016-71

Endereço Completo: RUA DR. MÁRIO MAGALHÃES, 201, BAIRRO ITAPOÃ, BELO HORIZONTE, MG

CEP: 31710-360

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

FUNDAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA - UFMG



## ANEXO DE INVENTORES

Título: "ANTICORPO MONOCLONAL, PROCESSO DE OBTENÇÃO E USO NO  
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO LOXOSCELISMO"

Página 2

---

Nome: CLAUDE GRANIER

Qualificação: PROFESSOR

CPF: 99LP59521

Endereço Completo: RUE DE L'EOLIENNE, 10. CLAPIERS, FRANCE

CEP:

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

---

Nome: FRANK MOLINA

Qualificação: PROFESSOR

CPF: 07CE60808

Endereço Completo: 62, CHEMIN DES COMBELLE, LES MATELLES, FRANCE

CEP:

Telefone: 31 3409-4774

FAX: 31 3409-6430

E-mail: patentes@ctit.ufmg.br

---

21