|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Espécie** | **Nome científico\*** |  |
| Autor(es)\* |  |
| **Classificação da espécie** | Filo\* |  |
| Classe\* |  |
| Família\* |  |
| **Dados da Amostra** | Isolada por\* |  |
| Código da amostra\* |  |
| Data de isolamento\* | **//** |
| Local da coleta\*  Incluir dados de georreferenciamento (se houver) |  |
| Substrato ou hospedeiro\* |  |
| Identificada por\* |  |
| Nº em outras coleções |  |
| Importância da amostra |  |
| Referência bibliográfica e/ou Projeto |  |
| Grupo de Risco Biológico\* | 1 2 |
| Tipo de acesso\* | Livre Restrito |
| Propriedades (dados morfológicos, fisiológicos e genéticos)\*  Acrescentar: número de acesso da(s) sequência(s) depositada(s) no GenBank; número no MycoBank; |  |
| **Dados da Amostra** | Propriedades (dados morfológicos, fisiológicos e genéticos)\*  Acrescentar: número de acesso da(s) sequência(s) depositada(s) no GenBank; número no MycoBank; |  |

\*Dados obrigatórios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do Depositante** | Nome\* |  |
| Endereço\* |  |
| Instituição\* |  |
| Fones/Fax\* |  |
| E-mail\* |  |

\*Dados obrigatórios

|  |
| --- |
| Declaro para todos os fins que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas e que estou  ciente de estar sujeito a penalidades caso tenha afirmado falsamente os dados. |

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -- - - - - - - - - - - - - - - -

**A SER PREENCHIDO PELA EQUIPE DA MICOTECA URM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Número do pedido** |  | **Data da solicitação** | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Número URM** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Concessão do Nº URM** | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Meio de cultura** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Métodos de preservação** | |
| Óleo: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | -80ºC: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Água: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Liofilizado: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |