

ANEXO I
REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE CRIAÇÃO
LIVRE PARA BRUCELOSE E/OU PARA TUBERCULOSE

Ao Senhor Diretor Presidente da Agência Estadual de Defesa Agropecuária do Maranhão-AGED/MA

Eu, Nacionalidade....., Estado civil....., Portador da Carteira de Identidade nº..... Órgão Expedidor....., CPF nº..... Residente à..... no município de....., Estado de....., endereço eletrônico....., venho requerer a Vossa Senhoria, nos termos da Instrução Normativa SDA nº 10, de 03 de março de 2017 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento e demais normas do Serviço Veterinário Estadual, a CERTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE CRIAÇÃO IDENTIFICADO ABAIXO COMO LIVRE PARA:

BRUCELOSE E TUBERCULOSE **BRUCELOSE** **TUBERCULOSE**

Propriedade..... localizada....., do município....., cadastro no SVE nº....., Coordenadas..... (PREENCHIMENTO PELA UVL).

Comprometo-me perante o Serviço Veterinário Estadual a cumprir o que determinam os dispositivos contidos no Regulamento Técnico do Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose Animal (PNCEBT), aprovado pela Instrução Normativa nº 10, de 03 de março de 2017.

Propriedade sob a Responsabilidade Técnica do Médico Veterinário..... CRMV-..... nº....., Habilitação nº.....

Comprometo-me também informar formal e imediatamente aos Órgãos competentes, qualquer alteração das informações prestadas ou a substituição de médico veterinário habilitado responsável pelo saneamento da propriedade.

Nestes termos,

Pede deferimento

.....de.....de 20.....

(Local)

(data)

.....

Assinatura Proprietário

Anexo ao Requerimento para Certificação de Propriedade Livre para Brucelose e/ou Tuberculose

1. DADOS DA PROPRIEDADE

1.1 - Tipo de Exploração: <input type="checkbox"/> Corte / Genética <input type="checkbox"/> Leite / Genética <input type="checkbox"/> Mista Observações:
1.2 - Tipo de Criação: <input type="checkbox"/> Confinamento <input type="checkbox"/> Semi-confinamento <input type="checkbox"/> Criação Extensiva Observações:

2. INFORMAÇÕES QUANTO AOS ANIMAIS

2.1 - Raças / cruzamento: Observações:																																																
2.2 - Tipo de identificação utilizado: Observações:																																																
2.3 - Total de animais existentes na propriedade NO MOMENTO DESTA REQUERIMENTO VERIFICAR SE ESTA INFORMAÇÃO COINCIDE COM A FICHA SANITÁRIA DA PROPRIEDADE:																																																
<table border="1"><thead><tr><th rowspan="2">Espécie</th><th colspan="4">Machos Inteiros (meses)</th><th colspan="4">Fêmeas (meses)</th><th rowspan="2">Machos Castrados</th></tr><tr><th>0-12</th><th>13-24</th><th>25-36</th><th>>36</th><th>0-12</th><th>13-24</th><th>25-36</th><th>>36</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nº de Bovinos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Nº de Bubalinos</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>TOTAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	Espécie	Machos Inteiros (meses)				Fêmeas (meses)				Machos Castrados	0-12	13-24	25-36	>36	0-12	13-24	25-36	>36	Nº de Bovinos										Nº de Bubalinos										TOTAL									
Espécie		Machos Inteiros (meses)				Fêmeas (meses)					Machos Castrados																																					
	0-12	13-24	25-36	>36	0-12	13-24	25-36	>36																																								
Nº de Bovinos																																																
Nº de Bubalinos																																																
TOTAL																																																

3. DADOS DO MÉDICO VETERINÁRIO HABILITADO RESPONSÁVEL PELA CERTIFICAÇÃO

3.1 - Nome:	
3.2 - Habilitação n°:	
3.3 - Endereço:	
3.4 - Telefones (cel, fixo, fax)	
3.5 - Município:	UF:
3.6 - Endereço eletrônico:	

4. RELAÇÃO DE TODOS OS BOVINOS/BUBALINOS DA PROPRIEDADE

Ordem*	Identificação	Raça	Sexo	Data de nascimento	Idade

*A ordem dos animais deve ser a mesma da relação inicial, anexa ao requerimento de certificação, bem como nos atestados.

5. VACINAÇÃO CONTRA A BRUCELOSE (ÚLTIMA DATA - PROPRIEDADE)

Doença	Data de Declaração ou do Atestado	Amostra B19 RB51
Brucelose		
Brucelose		
Observações:		

