****

**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**

1. **AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DO PARÁ**

# **ANEXO I**

# **CADASTRO DE MÉDICO VETERINÁRIO – MAPA/ADEPARA**

 CADASTRO INICIAL  ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

CADASTRO DE MÉDICO VETERINÁRIO PARA COLHEITA E ENVIO DO MATERIAL PARA REALIZAÇÃO DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA E MORMO DE ACORDO COM A PORTARIA N° 1780/2018 - ADEPARA.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | | | | | | | | |
| MÃE: | | | | | | | | | | |
| PAI: | | | | | | | | | | |
| NACIONALIDADE: | NATURALIDADE: | | | | DATA DE NASCIMENTO: | | | ESTADO CIVIL: | | |
| UNIVERSIDADE OU FACULDADE: | | | | | | | ANO DE DIPLOMAÇÃO: | | | |
| Nº CRMV – PA: | | RG: | | | | CPF: | | | | |
| TÍTULO DE ELEITOR: | | CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: | | | | EMPREGO/ATIVIDADE ANTERIOR: | | | | |
| ENDEREÇO RESIDÊNCIA ATUAL: | | | | | | | | | | |
| CEP: | | | | MUNICÍPIO: | | | | | UF: | |
| TELEFONE/CELULAR: | | | | E-MAIL: | | | | | | |
| EMPREGO/ATIVIDADE ATUAL: | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | | | |
| CEP: | | | MUNICÍPIO: | | | | | | | UF: |
| TELEFONE/CELULAR: | | | E-MAIL: | | | | | | | |

LOCAL E DATA:

FOTO

3X4

ASSINATURA E CARIMBO:

CADASTRO Nº: Em: / /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Programa Estadual de Sanidade dos Equídeos

1. ****
2. **GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**
3. **AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DO PARÁ**

# **ANEXO II**

# **SOLICITAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

## Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_UF: \_\_\_\_\_

CRMV – PA N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Médico Veterinário identificado acima exercendo legalmente a profissão no Estado do Pará, solicita a habilitação de Médico Veterinário para colheita e envio do material para realização de diagnóstico laboratorial de Anemia Infecciosa Equina e Mormo de acordo com a Portaria n° 1780/2018 - ADEPARA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_ \_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário



# **ANEXO III**



**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, \_, Médico (a) Veterinário(a), regularmente inscrito no CRMV-PA, sob o n°\_\_\_\_\_\_\_\_, e tendo me habilitado na Agência de Defesa Agropecuária do Estado do Pará, ADEPARÁ, a fim de realizar colheita de sangue para diagnóstico da **Anemia Infecciosa Equina** e do **Mormo**, comprometo-me a cumprir o que determina os dispositivos legais vigentes, as normas e instruções federais e do Estado do Pará, referentes à profilaxia e controle da **Anemia Infecciosa Equina** e do **Mormo**, como também a fazer a inspeção individual desses animais a serem analisados, preenchendo as resenhas com a máxima atenção, visando a sua perfeita identificação. Ademais, responsabilizo-me por qualquer divergência que possa ocorrer entre os caracteres por mim resenhados e aqueles encontrados nos animais objeto desse trabalho, bem como assumo o compromisso de manter meu endereço para contato atualizado e a prestar regularmente todas as informações solicitadas pelos órgãos de defesa sanitária animal e a participar de reuniões para as quais seja convocado. Por fim, **declaro ter conhecimento** de que o não cumprimento das disposições contidas **neste Termo de Compromisso** poderá ocasionar a suspensão provisória ou definitiva, do objeto a que se refere este habilitação com abertura de processo administrativo e notificação ao Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Pará.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_de de 20\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário

\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário

1. ****
2. **GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**
3. **AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DO PARÁ**

**ANEXO IV**

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REQUISIÇÃO DE EXAME DE ANEMIA

INFECCIOSA EQÜINA

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROPRIEDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SSP/\_\_\_\_\_\_\_\_EXPEDIDA EM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proprietário (Representante Legal) solicito ao Laboratório:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sitiado à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sob portaria do MAPA Nº. \_\_\_\_\_\_\_ a realização do (s) exame (s) laboratorial (s) de Anemia Infecciosa Eqüina (AIE), em conformidade com os dispostos na Portaria nº1780/2018, de 26 de junho de 2018.

Autorizo através deste expediente o sacrifício do (s) animal (is) POSITIVO (S) de minha propriedade, com posterior destruição do animal e desinfecção do local, bem como me comprometo a não retirar animal algum de minha propriedade antes da emissão do(s) Resultado(s) Exames(s) solicitado(s). Assumo o compromisso de realizar, por minha conta, todas as medidas necessárias para o saneamento de um foco de AIE, que possivelmente seja constatado na minha propriedade, por ocasião da realização do (s) exame(s) em questão. Assumo também o compromisso de não solicitar nova coleta com o mesmo médico veterinário ou outro, de um mesmo animal com resultado POSITIVO para Exame Laboratorial de AIE, excetuando-se nova coleta para reteste, autorizado pelo MAPA.

Acato e permito o cumprimento do Decreto Nº 2.118, de 27 de Março de 2006, que Regulamenta a Lei Nº 6.712, de 14 de Janeiro de 2005 e da Resolução Nº 001/CECAIE/PA (Comissão Estadual de Combate a Anemia Infecciosa Eqüina), de 15 de abril de 2010, ficando o Governo do Estado do Pará desobrigado de qualquer ônus que por ventura lhe venha ser cobrado, em juízo ou fora dele.

E por ser verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /PA, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU REPRESENTANTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉD. VET. REQUISITANTE - CRMV/PA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉD. VET. RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO LABORATÓRIO -

CRMV/PA

****

1. **GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ**
2. **AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DO PARÁ**

**ANEXO V**

MODELO DE CARIMBO PARA SER UTILIZADO PELOS MÉDICOS VETERINÁRIOS PARA COLETA DE AMOSTRA E REQUISIÇÃO DE EXAME LABORATORIAL DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA.

Nome do Médico Veterinário Requisitante: fonte tipo Arial Narrow tamanho 12, em negrito;

Número de registro no CRMV/PA: fonte tipo Arial Narrow tamanho 11;

Número do ato legal de cadastro de Médico Veterinário Requisitante junto à ADEPARA: fonte tipo Arial Narrow tamanho 11;

Exemplo:

**Joaquim da Silva Segundo Xavier**

CRMV/PA nº XXXX

Habilitação nº XXX/2018

PNSE / PESE / PA

**ANEXO VI**



**Formulário para solicitação de cancelamento de habilitação**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , médico veterinário, portador do CRMV-PA nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito o cancelamento de minha habilitação para colheita e envio de amostras para testes diagnósticos de Mormo e Anemia Infecciosa Equina, com a finalidade de trânsito de eqüídeos, com a seguinte justificativa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Termos em que peço deferimento.

\_\_\_\_ , de de 201\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo