



| SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS PARA A EXECUÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A BRUCELOSE - PECEBT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|--|--------------|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| USO RESTRITO DA GPECEBT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CADASTRAMENTO INICIAL | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES DE DADOS CADASTRAIS | | | | | | | | | | | | |
| FOTO 3X4 | <input type="checkbox"/> RECADASTRAMENTO APÓS CADASTRO CANCELADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CADASTRO JUNTO AO PNCEBT/ADEPARA _____/_____/_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NOME COMPLETO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SEXO/GÊNERO | | | | | | | | | | | | DATA DE NASCIMENTO | | | | | | | | | | | | |
| PAI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MÃE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTADO CIVIL | | <input type="checkbox"/> SOLTEIRO | | | | | <input type="checkbox"/> CASADO/UNIÃO ESTÁVEL | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONJUGE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMPLEMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO DE E-MAIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BAIRRO | | | | | | | | | | | | CEP | | | | | | | | | | | | |
| MUNICÍPIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NACIONALIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NATURALIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANO DE DIPLOMAÇÃO | | | | | CRMV – PA Nº | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FACULDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CART. DE IDENTIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPF | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TELEFONE CELULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">CIÊNCIA DO MÉDICO VETERINÁRIO DA ADEPARÁ RESPONSÁVEL PELA ULSA</p> <p>Eu, _____ Medico Veterinário da ADEPARÁ, CRMV Nº _____ responsável pela ULSA de _____ estou ciente do cadastramento do médico veterinário acima identificado, e me responsabilizo pela fiscalização periódica das atividades executadas pelo mesmo.</p> <p>_____, _____ DE _____ DE _____</p> <p align="center">LOCAL E DATA</p> <p align="right">_____ ASSINATURA E CARIMBO</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">CIÊNCIA DA GERÊNCIA DE CONTROLE E ERRADICAÇÃO DA BRUCELOSE E TUBERCULOSE</p> <p>_____, _____ DE _____ DE _____</p> <p align="center">LOCAL E DATA</p> <p align="right">_____ ASSINATURA E CARIMBO</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p align="center">Em Anexo 1 Fotografias 3x4, Cópia de Comprovante de Residência e Cópia da Carteira do CRMV-PA ESTA SOLICITAÇÃO TEM VALIDA SOMENTE SE ACOMPANHADA DA DECLARAÇÃO DEVIDAMENTE DATADA E ASSINADA</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

