

ANEXO I

SOLICITAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS PARA A EXECUÇÃO DO PNCEBT - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE E ERRADICAÇÃO DA BRUCELOSE E DA TUBERCULOSE

1. ☐ INCLUSÃO DE CADASTRO ☐ ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS
☐ CADASTRAMENTO APÓS SUSPENSÃO ☐ TRANSFERÊNCIA DE GULE

CADASTRO JUNTO AO PECEBT Nº:/

não preencher

Ilmo(a). Sr(a). Responsável pela Gerência de Unidade Local de Execução da ADAPEC/TO, venho através da presente solicitar o meu cadastramento no PNCEBT, com o intuito de exercer as atividades do programa no estado do Tocantins.

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL E DADOS PESSOAIS

2.1. NOME COMPLETO:		2.2. CEP	
2.3. ☐ RUA? ☐ AVENIDA? ☐ TRAVESSA? ☐ OUTRA? _____		2.4. Nº	
2.5. COMPLEMENTO		2.6. CAIXA POSTAL	
2.7. BAIRRO		2.8. MUNICÍPIO	
2.9. UF			
2.10. FONE FIXO () -	2.11. FAX () -	2.12. CELULAR () -	2.13. E-MAIL
2.14. RG Nº	2.15. ORGÃO EXPEDITOR	2.16. CPF	2.17. CRMV/TO
2.18. UNIVERSIDADE/ FACULDADE ONDE SE FORMOU:			2.19. DATA DA FORMATURA

3. ENDEREÇO COMERCIAL

3.1. ☐ RUA? ☐ AVENIDA? ☐ TRAVESSA? ☐ OUTRA? _____		3.2. Nº	3.3. CEP
3.4. COMPLEMENTO		3.5. CAIXA POSTAL	
3.6. BAIRRO		3.7. MUNICÍPIO	
3.8. UF			
3.9. FONE FIXO	3.10. FAX	3.11. CELULAR	3.12. E-MAIL
3.13. INSTITUIÇÃO EM QUE TRABALHA		3.14. PROPRIETÁRIO	SIM NÃO
		3.15. RT	SIM NÃO

DECLARAÇÃO: Eu, Médico Veterinário acima identificado, declaro para os devidos fins que conheço plenamente a legislação relacionada ao Programa de Controle e Erradicação da Brucelose e da Tuberculose vigente no país e no estado de Tocantins e, portanto, autorizo o cancelamento ou suspensão de meu cadastramento quando for comprovada qualquer atitude que não estiver de acordo com a mesma. Declaro ainda que, para efeitos de relacionamento, opto pela Gerência de Unidade Local de Execução da ADAPEC/TO de:

(3.16)

_____, DE _____ DE _____
4. LOCAL E DATA 5. CARIMBO E ASSINATURA

Em anexo: Certidão Negativa do CRMV-TO; comprovante de endereço e cópia da Carteira profissional

PARECER DO MÉDICO VETERINÁRIO DA ADAPEC RESPONSÁVEL PELA GULE:

_____, (6) ao cadastramento do Médico Veterinário solicitante
porque _____ (7)

_____, DE _____ DE _____ 8. LOCAL E DATA

_____, 9. CARIMBO E ASSINATURA

PARECER DA COORDENADORIA DE SANIDADE ANIMAL:

_____, (10) ao cadastramento do Médico Veterinário solicitante
porque _____ (11)

_____, DE _____ DE _____ 12. LOCAL E DATA

_____, 13. CARIMBO E ASSINATURA

PREENCHER EM LETRA DE FORMA, À MÁQUINA OU COM IMPRESSORA
3 vias: 1ª RT/PECEBT, 2ª Profissional, 3ª GULE