ANEXO I

1. _ **CADASTRAMENTO APÓS SUSPENSÃO** _ **ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS**
_ **TRANSFERÊNCIA DE GULE** _ **RECADASTRAMENTO**

CADASTRO JUNTO AO PECEBT Nº: ...../ .....

Ilmo. Sr. Responsável pela 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 de 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. INSTITUIÇAO EM QUE TRABALHA		3.14. PROPRIETÁRIO	SIM / NAO	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 UVLE:

_____(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 MAQUINA OU COM IMPRESSORA
3 vias: 1ª RT/PECEBT, 2ª Profissional; 3ª UVLE