



SECRETARIA DE ESTADO DE AGRICULTURA,
ABASTECIMENTO E DESENVOLVIMENTO
RURAL DO DISTRITO FEDERAL
Diretoria de Defesa Agropecuária e Fiscalização

**Cadastro para Habilitação para o
Programa Nacional de Sanidade dos
Equídeos - PNSE -**

1. DADOS DO MÉDICO VETERINÁRIO		
Nº DA HABILITAÇÃO:	POSSUI PORTARIA DE HABILITAÇÃO PUBLICADA EM OUTRA UF? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
NOME:		
TELEFONES PARA CONTATO:		e-mail:
CRMV/UF:	CRMV/UF secundário:	CPF:

**Requerimento para Habilitação de Médico Veterinário para
o PNSE e Termo de Compromisso**

Eu, _____,
CPF _____, CRMV/____ nº _____, médico veterinário no exercício legal da
profissão, sem vínculo com o serviço veterinário oficial (SVO), venho requerer o cadastro e/ou
habilitação para colheita e envio de amostras para testes diagnósticos de mormo e anemia infecciosa equina
no Distrito Federal, com finalidade de trânsito de equídeos.

Declaro:

- que os dados preenchidos no formulário eletrônico de inscrição para o curso de capacitação de médico veterinário para o PNSE são verídicos;
- ciência de que meu cadastro e/ou habilitação se restringem à colheita de amostras para diagnóstico laboratorial de mormo e anemia infecciosa equina;
- que as colheitas e requisições de exames por mim realizadas e preenchidas, respectivamente, são de minha inteira responsabilidade;
- não ser proprietário ou pertencer à equipe técnica e administrativa de laboratório credenciado pelo Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA conforme previsto no art. 50 da Instrução Normativa nº 57, de 11 de dezembro de 2013.

Comprometo-me a atender as convocações do SVO e a não colher amostras de equídeos pertencentes à propriedade (unidade epidemiológica) que esteja sob interdição determinada pelo SVO.

Estou ciente que o não atendimento às disposições acima ou o descumprimento da legislação vigente poderá acarretar na suspensão ou cancelamento da minha habilitação, podendo ainda ser responsabilizado civil, penalmente e administrativamente.

3. BANCO DE ASSINATURAS		
1.		
2.		
3.		
4. PREENCHA COM ASSINATURA CONFORME CARTEIRA PROFISSIONAL (CRMV) E CARIMBO		
ASSINATURA:		CARIMBO:
5. SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO		
NOME:	MATRÍCULA:	DATA: