|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHA DE CADASTRO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS**  **PROGRAMA NACIONAL DE SANIDADE DOS EQUÍDEOS - PNSE** | | | | | | **FOTO 3X4**  (COLADA) |
| **NOME:** | | | | | | |
| **FILIAÇÃO:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **DATA DE NASCIMENTO** | **NACIONALIDADE** | | | **NATURALIDADE** | | |
| **CRMV/AM Nº** | **RG** | | | **CPF** | | |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:** | | | | | | |
| **BAIRRO:** | | | **MUNICÍPIO:** | | **CEP:** | |
| **FONE/FAX:** | | | **CELULAR: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_** | |  | |
| **EMAIL:** | | | | | | |
| **BANCO DE ASSINATURAS** | | **1.** | | | | |
| **2.** | | | | |
| **3.** | | | | |

Estou ciente de minha responsabilidade em manter os dados cadastrais atualizados junto a Gerência de Defesa Animal – ADAF.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_.