



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS  
SECRETARIA DE ESTADO DE PRODUÇÃO RURAL  
AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA E FLORESTAL DO AMAZONAS - ADAF

FICHA DE CADASTRO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE E ERRADICAÇÃO DA BRUCELOSE E DA  
TUBERCULOSE ANIMAL – PNCEBT

( ) Inicial ( ) Atualização Anual de dados cadastrais ( ) Alteração de dados cadastrais  
( ) Transferência de ULSAV

FOTO
3X4

NOME:			
FILIAÇÃO (PAI/MÃE):			
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:	DATA NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:
ANO DE DIPLOMAÇÃO:	INSTITUIÇÃO DE ENSINO:		
CRMV-AM:	RG:	C.P.F.:	
Nº CADASTRO/PNCEBT:		HABILITAÇÃO/PNCEBT:	
DATA DO CADASTRO INICAL/PNCEBT:		DATA DA PORTARIA DE HABILITAÇÃO:	
EMPREGO/ATIVIDADE ATUAL:			
NOME DO ÓRGÃO/EMPRESA:			
ENDEREÇO:			
TELEFONE:	E-MAIL:		
FAX:	MUNICÍPIO:	CEP:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
TELEFONE (FIXO/CELULAR):			
E-MAIL:			
FAX:	MUNICÍPIO:	CEP:	
<b>Declaro para os devidos fins estar ciente de todas as obrigações regulamentadas nas leis federal e estadual do PNCEBT e, portanto, autorizo a suspensão ou cancelamento do meu cadastro ou habilitação, quando comprovada qualquer postura contrária ao que preconiza às legislações do Programa.</b>			
Local/Data _____, _____ de _____ de _____			
Assinatura/Médico (a) Veterinário (a) _____			
CAMPO PERTENCENTE A ADAF			
Assinatura e carimbo do Responsável pela ULSAV _____			
Local/Data _____, _____ de _____ de _____			

ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS: COPIA DA CARTEIRA DO CRMV, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CERTIDÃO NEGATIVA ATUALIZADA DE REGULARIDADE NO CRMV/AM. MÉDICOS VETERINÁRIOS HABILITADOS: ANEXAR TAMBÉM A CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ONDE O LABORATÓRIO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES ESTÁ SITUADO, CÓPIA DA PORTARIA DE HABILITAÇÃO, CÓPIA DO CERTIFICADO DO TREINAMENTO EM MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO E CONTROLE DE BRUCELOSE E TUBERCULOSE ANIMAL E DE NOÇÕES DE ENCEFALOPATIA ESPONGIFORME TRANSMISSÍVEL.

PROTOCOLAR 3 VIAS: (1) MÉDICO VETERINÁRIO (2) ULSAV (3) COORDENAÇÃO PNCEBT/ADAF



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS  
SECRETARIA DE ESTADO DE PRODUÇÃO RURAL  
AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA E FLORESTAL DO AMAZONAS - ADAF

FICHA DE CADASTRO DE AUXILIAR DE MÉDICO VETERINÁRIO  
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE E ERRADICAÇÃO DA BRUCELOSE E DA  
TUBERCULOSE ANIMAL – PNCEBT

( ) Inicial ( ) Atualização Anual de dados cadastrais ( ) Alteração de dados cadastrais  
( ) Transferência de ULSAV

FOTO

3X4

NOME DO AUXILIAR:			
FILIAÇÃO (PAI/MÃE):			
NACIONALIDADE:	NATURALIDADE:	DATA NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:
E-MAIL:	RG:	C.P.F.:	
MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL:			
MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO:		CADASTRO PNCEBT:	CRMV-AM
ENDEREÇO RESIDENCIAL:			
TELEFONE:			
E-MAIL:			
FAX:			
MUNICÍPIO:		CEP:	
<b>Declaro para devidos fins que para obter o registro de auxiliar de Médico Veterinário para atuar junto ao Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose - PNCEBT, como vacinador (a), afirmo que possuo conhecimento das normas vigentes do referido programa, que fui treinado (a) e estou apto(a) a desenvolver as ações inerentes.</b>			
Local/Data _____, _____ de _____ de _____			
Assinatura Auxiliar solicitante _____			
<b>Declaro para os devidos fins estar ciente de todas as obrigações regulamentadas nas leis federal e estadual do PNCEBT e, portanto, autorizo a suspensão ou cancelamento do meu cadastro e/ou de meus auxiliares quando comprovada qualquer postura contrária ao que preconiza às legislações do Programa.</b>			
Local/Data _____, _____ de _____ de _____			
Assinatura e carimbo PNCEBT/ADAF do Médico (a) Veterinário (a) solicitante _____			
CAMPO PERTENCENTE A ADAF			
Assinatura e carimbo do Responsável pela ULSAV _____			
Local/Data _____, _____ de _____ de _____			

ANEXAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS: COPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE, C.P.F., COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CERTIFICADO OU DECLARAÇÃO DE CURSO DE VACINADOR, CERTIDÃO NEGATIVA ATUALIZADA DE REGULARIDADE NO CRMV/AM DO MÉDICO VETERINÁRIO CADASTRADO SOLICITANTE.

PROTOCOLAR 3 VIAS: (1) MÉDICO VETERINÁRIO (2) ULSAV (3) COORDENAÇÃO PNCEBT/ADAF