

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA REQUISIÇÃO DE EXAME LABORATORIAL DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA (AIE) E MORMO – Portaria nº 006 / 2024 – ADAF/AM

Eu, _____, CPF: _____, responsável pelo(s) equídeo(s) mantido(s) na Propriedade _____, cadastrada junto à ADAF – AM com código de propriedade nº _____, endereçada em: _____,

tenho ciência, através deste, da possibilidade de realização de sacrifício sanitário do(s) equídeo(s) sob minha responsabilidade que obtiver(rem) resultado(s) **POSITIVO(S)** por meio de **exame(s) confirmatório(s) para Mormo e/ou Anemia Infecciosa Equina (AIE)**, conforme legislações vigentes do Ministério da Agricultura e Pecuária (MAPA), assim como **comprometo-me a NÃO retirar** equídeo algum de minha propriedade antes da emissão do(s) Resultado(s) do(s) exame(s) laboratorial(is), para uma ou ambas as referidas doenças, do(s) equídeo(s) mencionado(s) a seguir.

Também me comprometo a **NÃO solicitar** que o(a) Médico(a) Veterinário(a) não integrante do Serviço Veterinário Oficial (SVO) **realize nova coleta de material biológico** oriundo de um mesmo equídeo **dotado de resultado previamente POSITIVO para Mormo e/ou AIE**, ou oriundo de equídeos presentes em propriedade submetida a saneamento para Mormo e/ou AIE pelo SVO.

Equídeos coletados: () Folha Única () 1ª Folha () Folha Adicional: _____ folha.

Nº:	Nome / Nº / Cód. do Equídeo:	Espécie (E/A/M):	Sexo (M/F):	Idade (M/A):	Raça:	Pelagem:	Doença Examinada (AIE / Mormo):

P/ **ESPÉCIE**: E = Equino; A = Asinino; M = Muar. P/ **SEXO**: M = Macho; F = Fêmea. P/ **IDADE**: M = Meses; A = Anos.
P/ **Doença Examinada**, mencionar uma das doenças OU ambas as doenças na mesma linha.

Total de equídeos coletados (se necessário, somar com os equídeos da folha adicional): _____.

Composição de **TODO o plantel equídeo** (i.e.: animais coletados e NÃO coletados) no momento da realização de colheita(s) de amostra(s) biológica(s) a ser(em) encaminhada(s) para exame(s) laboratorial(is) de AIE e/ou Mormo:

ESPÉCIES:	ATÉ 6 MESES		MAIS DE 6 MESES		TOTAL POR ESPÉCIE:
	M	F	M	F	
EQUINOS					
ASININOS					
MUARES					

Assim sendo, acato o cumprimento das medidas adotadas no âmbito do PNSE, conforme legislações vigentes. E por ser verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor.

_____ (Município),

_____ (Dia) de _____ (Mês) de _____ (Ano).

Assinatura do(a) proprietário(a) / representante legal

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a) Veterinário(a) Habilitado(a)

Duas vias: **1ª via**: Proprietário(a) do(s) equídeo(s) examinado(s), OU seu(ua) Representante Legal. **2ª via**: Médico(a) Veterinário(a) requisitante habilitado(a) para atuação junto ao PNSE no Estado do AM.