



**ANEXO V - PORTARIA Nº 061/2025**

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARA ESTABELECIMENTOS DISTRIBUIDORES  
DE AVES VIVAS**

(subscrita pelo Médico Veterinário responsável técnico)

Pelo presente expediente, eu, \_\_\_\_\_,  
abaixo assinado, CPF: \_\_\_\_\_ CRMV \_\_\_\_\_,  
diplomado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, pela \_\_\_\_\_.

Residente à \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_, declaro que  
assumo as exigências da Portaria ADAF XXX/2024, e demais legislações vigentes, quanto a  
responsabilidade pelo controle higiênico-sanitário do estabelecimento comercializador de aves  
vivas \_\_\_\_\_, bem como de seu plantel, localizado  
na \_\_\_\_\_,  
de responsabilidade do senhor (a) \_\_\_\_\_.

Declaro, para fins de emissão da Licença para Comércio de Aves Vivas, que trabalho como  
responsável técnico do Estabelecimento Comercial solicitante e comprometo, quando da  
suspeita de ocorrência de doenças de notificação obrigatória e/ou mortalidade elevada em  
curto intervalo de tempo (72 horas) notificar a ADAF imediatamente.

A presente declaração anula qualquer outra expedida em data anterior para a mesma função.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Por ser total expressão de verdade,  
Subscrevo-me,

\_\_\_\_\_  
(Assinatura Médico Veterinário Responsável Técnico)

*SECRETARIA DE ESTADO DA PRODUÇÃO RURAL – SEPROR*  
*Agência de Defesa Agropecuária e Florestal do Estado do Amazonas*  
*CEP: 69.077-730 – Manaus AM*

[www.adaf.am.gov.br](http://www.adaf.am.gov.br) - [gda@adaf.am.gov.br](mailto:gda@adaf.am.gov.br) - [pnsa.adaf@gmail.com](mailto:pnsa.adaf@gmail.com)