



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
Agência Estadual de Defesa Sanitária Animal e Vegetal -  
IAGRO

ANEXO III

FICHA DE CADASTRAMENTO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS PARA EXECUÇÃO DO PROGRAMA  
NACIONAL DE CONTROLE E ERRADICAÇÃO DA BRUCELOSE E TUBERCULOSE ANIMAL -  
PNCEBT: VACINAÇÃO

1.  CADASTRAMENTO INICIAL  ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

Nome completo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor UF: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Inscrição CRMV-MS: \_\_\_\_\_

Formação (Universidade/faculdade): \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO:** Eu, Médico Veterinário acima identificado, declaro para os devidos fins que conheço plenamente a legislação relacionada ao Programa de Controle e Erradicação da Brucelose e da Tuberculose Animal vigente no país e no estado de Mato Grosso do Sul e, portanto, autorizo o cancelamento ou suspensão de meu cadastramento quando for comprovada qualquer atitude que não estiver de acordo com a mesma.

Declaro ainda que para efeitos de relacionamento, opto pela Unidade Local da IAGRO do município de:

\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Local e data

Parecer do Médico Veterinário Fiscal Estadual Agropecuário

( ) Favorável

( ) Desfavorável

Recebimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do Inspetor da IAGRO

(Preencher em três vias: 1ª DDSA, 2ª Unidade Local e 3ª profissional)