

---

**COMUNICADO DE REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA CERTIFICAÇÃO DE ESTABELECIMENTO DE CRIAÇÃO OU RENOVAÇÃO**

---

Ilmo. Sr. Responsável pela Unidade Local da IAGRO/MS de \_\_\_\_\_.

Venho através do presente comunicar a V. S.<sup>a</sup>, que serão realizadas no estabelecimento rural de Inscrição Estadual nº \_\_\_\_\_, denominado \_\_\_\_\_, pertencente ao (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, localizado no município de \_\_\_\_\_, estado de Mato Grosso do Sul, que no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, a partir das \_\_\_\_\_ horas, serão realizados exames para certificação de estabelecimentos de criação de acordo com o Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose animal.

Serão realizadas:

☐ Coletas de amostras para exames de brucelose com objetivo de certificação de estabelecimento de criação livre de brucelose.

☐ Inoculação para exame de tuberculose com objetivo de certificação de estabelecimento de criação livre de tuberculose.

Especificamente para:

☐ Certificação de estabelecimento de criação.

☐ Renovação da certificação de estabelecimento de criação.

Telefones para contato: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do médico veterinário habilitado

*(Preencher em três vias: 1ª Processo DDSA, 2ª Unidade Local da IAGRO e 3ª médico veterinário habilitado)*