

Anexo II

**FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS PARA
COLHEITA E ENVIO DE AMOSTRAS PARA TESTES LABORATORIAIS DE
MORMO, COM FINALIDADE DE TRÂNSITO DE EQUÍDEOS**

Nome completo: _____

Endereço: (Rua/Avenida): _____

Nº: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

RG Nº: _____ Exped. _____ CPF: _____

Nº de Inscrição no CRMV/RO: _____

Declaro estar ciente de todas as obrigações mencionadas na Legislação Federal e Estadual pertinente, bem como todas as portarias, resoluções e outras prerrogativas legais.

Assinatura

Local e Data

Recebimento: _____
Carimbo e Assinatura do Funcionário Local da IDARON

Local e Data

Duas vias: 1ª Processo 2ª Médico Veterinário

Anexar: Cópia da Carteira do CRMV-RO, Certidão Negativa do CRMV-RO, cópia de comprovante de residência.