

A Sua Senhoria

O Senhor Diretor do Departamento de Defesa Agropecuária da SEAPDR

....., identificado pelo campo 01 do Anexo, proprietário da Propriedade Rural....., identificado pelos campos 02 a 06 do Anexo, venho requerer a Vossa Senhoria, nos termos da Instrução Normativa SDA nº 10, de 03º de março de 2017 e normativas complementares do MAPA e do Serviço Estadual de Defesa Sanitária Animal, a certificação do estabelecimento acima descrito como estabelecimento de criação LIVRE para brucelose e tuberculose, e comprometo-me perante o Departamento de Defesa Agropecuária da SEAPDR a cumprir o que determinam os dispositivos contidos no Regulamento Técnico do Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose Animal e normas complementares do MAPA e do Serviço Estadual de Defesa Sanitária Animal, em particular no que se refere à marcação dos animais positivos e seu sacrifício, num prazo máximo de trinta dias, sendo o médico-veterinário....., identificado pelo campo 07 do Anexo, responsável técnico pela certificação da propriedade.

Nestes termos

Pede deferimento

.....,de.....de 20.....

Assinatura

ANEXO - REQUERIMENTO PARA CERTIFICAÇÃO DE PROPRIEDADE RURAL LIVRE PARA BRUCELOSE E TUBERCULOSE

01- Identificação do proprietário (caso haja mais de um produtor na propriedade, incluir informações no verso)

Proprietário: _____
RG: _____ Órgão expedidor: _____
CPF: _____
Endereço: _____ Telefone: () _____
Município: _____ Distrito: _____ UF: RS
“E-mail”: _____

02-Identificação da Propriedade Rural:

Nome da Propriedade Rural no SDA: _____
Endereço: _____ Telefone: (XX) _____
Município: _____ Distrito: _____ UF: RS
Código da Propriedade no SDA: _____

03- Tipo da Exploração: corte leite mista

04- Tipo de Criação: confinado semi-confinado extensivo

05- Tipo de identificação utilizado nos animais: _____

06- Total de animais existentes na Propriedade Rural

	MACHOS (MESES)				FÊMEAS (MESES)			
	0-12	13-24	25-36	+36	0-12	13-24	25-36	+36
Nº de bovinos								
Nº de bubalinos								
TOTAL								

07- Identificação do Médico-Veterinário responsável técnico pela certificação da propriedade rural:

Médico-Veterinário: _____
CRMV-RS nº _____ Portaria de Habilitação SFA/MAPA-RS nº _____, de ____/____/20__.
Endereço: _____ Telefone: () _____
Município: _____ UF: _____
“E-mail”: _____

08- DATA DO PRIMEIRO TESTE VISANDO A CERTIFICAÇÃO ____/____/20__.