|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA****VETERINÁRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA**LEI FEDERAL Nº. 5.517/1968 | LEI FEDERAL Nº. 6.839/1980RESOLUÇÃO CFMV Nº. 683/2001 | RESOLUÇÃO CFMV Nº. 1041/2013 | PROTOCOLO: |  |
| DATA: |  |  |  |

**PROJETO PARA OBTENÇÃO DE ART DE ESTABELECIMENTOS AVÍCOLAS**

**DADOS DO PROFISSIONAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do Profissional | Número CRMV-SC | Formação Profissional |
|  |  |  | Med. Veterinária |  | Zootecnia |
| Endereço | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| E-mail | CPF |
|  |  |

O endereço abaixo será considerado para o cálculo de distância entre os estabelecimentos. Pode ser o endereço da base de partida para os atendimentos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Endereço Comercial | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vínculo empregatício com a Integradora | Possui outras ARTs fora da integradora? | Trabalha ou presta serviço para outra empresa? |
| [ ] Sim [ ] Não | [ ] Sim Quantas? \_\_\_\_\_\_ [ ] Não | [ ] Sim [ ] Não |

Anexar Declaração de Atividades Profissionais

|  |
| --- |
| Municípios para os quais está habilitado para emissão de GTA |
|  |

**DADOS DO ESTABELECIMENTO**

Preencha aqui os dados gerais da empresa integradora, no que se refere à estabelecimentos avícolas, mesmo que não sejam estabelecimentos sob sua responsabilidade. Este campo serve para informar um panorama geral da estrutura da empresa.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome da entidade Integradora | Número CRMV-SC | CNPJ ou CPF |
|  |  |  |
| Nome Fantasia | E-mail |
|  |  |
| Endereço do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Endereço de Correspondência do Estabelecimento | Número | Bairro |
|  |  |  |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone | DDD e Celular |
|  |  |  |  |
| Tipo de Estabelecimento | Capacidade de Alojamento |
| [ ] Linha Pura [ ] Bisavoseiro [ ] Avoseiro [ ] Matrizeiro [ ] Matrizeiro de Recria [ ] Incubatório[ ] Ovos SPF ou Prod. de Vacinas [ ] Recria [ ] Aves Comerciais de Corte [ ] Postura Comercial [ ] Outros | Quantidade de Aves: [ ]Quantidade de Núcleos: [ ] |
| Ramo de Atividade e Informações Complementares |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Número total de médicos veterinários contratados pela integradora |  |
| Possui outros médicos veterinários como autônomos, prestando serviços? (número) |  |
| A empresa fornece veículo para deslocamento do profissional? | ( ) Sim ( ) Não |
| Compartilha o veículo com outros profissionais ou para outra finalidade? | ( ) Sim ( ) Não |
| O profissional utiliza seu veículo particular para atendimento às granjas? | ( ) Sim ( ) Não |
| A empresa possui Sistema informatizado de controle sanitário e de manejo? | ( ) Sim ( ) Não |

|  |
| --- |
| Descreva aqui um resumo de como funciona o sistema informatizado (como os dados são obtidos e qual o tempo e de que maneira profissional obtém as informações) |
|  |

**DADOS ESPECÍFICOS DOS ESTABELECIMENTOS REQUERIDOS PELO R.T.**

Preencha aqui somente os dados do grupo de estabelecimentos avícolas, dos quais pretende assumir a responsabilidade técnica. Este campo serve para avaliar a capacidade de atendimento, considerando o grupo de trabalho envolvido e o auxílio de outros profissionais dentro da estrutura da empresa. Caso os controles sejam realizados por outra pessoa na empresa, informe a quantidade de profissionais

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Estabelecimento | Capacidade de Alojamento |
| [ ] Linha Pura [ ] Bisavoseiro [ ] Avoseiro [ ] Matrizeiro [ ] Matrizeiro de Recria [ ] Incubatório[ ] Ovos SPF ou Prod. de Vacinas [ ] Recria [ ] Aves Comerciais de Corte [ ] Postura Comercial [ ] Outros | Quantidade de Aves: [ ]Quantidade de Núcleos: [ ] |

|  |
| --- |
| Descrição da equipe de trabalho |
|  |

|  |
| --- |
| Possui Responsável pelos programas de nutrição? ( ) Não ( ) Sim, eu sou responsável ( ) Sim, é feito por outro(s) profissional (is) |
| Profissão |  | quantidade |  |
| Possui Responsável pelo controle da estrutura, equipamentos e instalações? ( ) Não ( ) Sim, eu sou responsável ( ) Sim, é feito por outro(s) profissional (is) |
| Profissão |  | quantidade |  |
| Possui Responsável pelo controle de pragas e vetores? ( ) Não ( ) Sim, eu sou responsável ( ) Sim, é feito por outro(s) profissional (is) |
| Profissão |  | quantidade |  |
| Empresa terceirizada?– nome da empresa e CNPJ) |  |
| Possui Responsável pelo controle do destino de dejetos? ( ) Não ( ) Sim, eu sou responsável ( ) Sim, é feito por outro(s) profissional (is) |
| Profissão |  | quantidade |  |
| Possui Responsável pela análise da qualidade da água de consumo? ( ) serviço público de abastecimento ( ) Não ( ) Sim, eu sou responsável ( ) Sim, é feito por outro(s) profissional (is) |
| Profissão |  | quantidade |  |
| Possui Responsável pelo controle de biossegurança ( ) Não ( ) Sim, eu sou responsável ( ) Sim, é feito por outro(s) profissional (is) |
| Profissão |  | quantidade |  |

**IDENTIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES**

Mapa de localização dos estabelecimentos avícolas com georreferenciamento

**IDENTIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES**

Preencha os campos abaixo ou anexe relatório próprio do sistema informatizado desde que contenha as informações solicitadas.

**Legenda Tipo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP = Linha PuraBI = BisavoseirosAV = AvoseirosMT = Matrizeiros | MR = Matrizeiros de RecriaRC = RecriaOV= Ovos SPF ou Prod. de VacinasIN = Incubatórios | CC= Aves Comerciais de CortePC = Postura ComercialX = Outros |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Município | Produtor ou Propriedade | Distância da base (Km) | Tipo | Capacidade de alojamento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**IDENTIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES**

**Legenda Tipo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP = Linha PuraBI = BisavoseirosAV = AvoseirosMT = Matrizeiros | MR = Matrizeiros de RecriaRC = RecriaOV= Ovos SPF ou Prod. de VacinasIN = Incubatórios | CC= Aves Comerciais de CortePC = Postura ComercialX = Outros |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Município | Produtor ou Propriedade | Distância da base (Km) | Tipo | Capacidade de alojamento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**IDENTIFICAÇÃO DAS PROPRIEDADES**

**Legenda Tipo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LP = Linha PuraBI = BisavoseirosAV = AvoseirosMT = Matrizeiros | MR = Matrizeiros de RecriaRC = RecriaOV= Ovos SPF ou Prod. de VacinasIN = Incubatórios | CC= Aves Comerciais de CortePC = Postura ComercialX = Outros |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Município | Produtor ou Propriedade | Distância da base (Km) | Tipo | Capacidade de alojamento |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Informações Complementares (Descreva aqui informações que julgue necessárias à homologação, e que auxiliem a análise do projeto.) |
|  |

|  |
| --- |
| Termo de compromisso |
| **Declaro que estou ciente de minhas responsabilidades e obrigações perante os órgãos oficiais no cumprimento da legislação vigente e fornecimento de relatórios sempre que for solicitado. Declaro para os devidos fins que tenho plenas condições realizar o controle higiênico-sanitário dos estabelecimentos avícolas acima descritos, em acordo com a IN 56.** |

Qualquer mudança no número de estabelecimentos deverá ser comunicada e está sujeita à nova análise. O formulário deverá ser reavaliado em plenária a cada 3 anos, mesmo que não haja modificação do projeto.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Profissional

Não preencher manuscrito e enviar **2 (DUAS)** vias assinada pela parte.