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

**ART - ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARA ESTABELECIMENTOS AVÍCOLAS**

**1 - 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 | | | | | |
|  | |  | | | | | |

**2 - DADOS DO ESTABELECIMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do Estabelecimento (Propriedade) | | 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 |
|  |  |  | | |  |
| Nome da Entidade Integradora | | CNPJ | | | |
|  | |  | | | |
| 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 | | | | | |
| REFERENTE AO CONTROLE HIGIÊNICO-SANITÁRIO DO ESTABELECIMENTO AVÍCOLA, EM CONSONÂNCIA COM A IN. 056/2007 DO MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO. | | | | | |

É vedado ao médico veterinário que assuma RT exercê-la nos estabelecimentos de qualquer espécie, sujeitos à fiscalização e/ou inspeção de órgão público oficial, no qual exerça cargo, emprego ou função, com atribuições de fiscalização e/ou inspeção.

**3 - DADOS DA ANOTAÇÃO REPRODUÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Carga Horária Semanal | Remuneração (Sal. Mínimos) | Data de Início | Validade (Máx.: até 1 ano) |
|  |  |  |  |

**4 - DADOS DA ANOTAÇÃO COMERCIAIS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Carga Horária Semanal | Remuneração (Sal. Mínimos) | Data de Início | Validade (Máx.: até 1 ano) |
|  |  |  |  |

Por ser verdade as informações acima, firmo a presente.

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

Assinatura do Responsável Técnico Assinatura da Pessoa Jurídica/Física Contratante

Não preencher manuscrito e enviar **2 (DUAS)** vias assinadas pelas partes.

Este documento só terá Fé Pública se estiver homologado pelo CRMV-SC e devidamente quitado.

**5 - HOMOLOGAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
| O Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de Santa Catarina, **CRMV-SC, HOMOLOGA** A PRESENTE Anotação de Responsabilidade Técnica, POR ESTAR DE ACORDO COM AS NORMAS LEGAIS QUE REGEM O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA. |  |