



**GOVERNO DO
ESTADO DO ACRE**
www.ac.gov.br

INSTITUTO DE DEFESA
AGROPECUÁRIA E FLORESTAL
IDAF

ANEXO II

FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO DE MÉDICOS VETERINÁRIOS PARA A COLHEITA DE AMOSTRA E REQUISIÇÃO DE EXAME LABORATORIAL PARA ANEMIA INFECCIOSA EQUINA E MORMO.

NOME COMPLETO: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ Nº: _____
TELEFONES:FIXO: _____ CELULAR: _____
E-MAIL: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
RGNº: _____ / _____ EXPED.: _____ / _____ / _____
CPF: _____ - _____
Nº DE INSCRIÇÃO NO CRMV/AC: _____
INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO: _____ ANO: _____.

Declaro que exerço legalmente a profissão de Médico Veterinário e cumprirei minhas competências mencionadas na Legislação Federal e Estadual do Programa de Sanidade dos Equídeos, bem como todas as prerrogativas legais.

Assinatura do Médico Veterinário

Local e data

Preencher em 3 vias: 1ª IDAF/ACRE central, 2ª Profissional, 3ª ULDA.

Rodovia AC 40, km 05, nº 1054-Bairro Santa Helena-Fone (68) 3221-1839/3221-7773 CEP: 69.902-350- Rio Branco, Acre.