

## ANEXO IV

### REQUERIMENTO PARA RENOVAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO DE PROPRIEDADE LIVRE PARA BRUCELOSE E TUBERCULOSE

Ao Senhor Júnior Kunz, Presidente da CIDASC.

Nós, \_\_\_\_\_ na qualidade de proprietários dos bovinos que se encontram na propriedade cadastrada no SIGEN+, sob código oficial nº \_\_\_\_\_, localizada no município de \_\_\_\_\_, vimos requerer a Vossa Senhoria, nos termos da Instrução Normativa SDA nº 10, de 03 de março de 2017 e normativas complementares do MAPA e do Serviço Estadual de Defesa Sanitária Animal, a RENOVAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO do estabelecimento acima descrito como propriedade livre de brucelose e tuberculose, Certificado nº \_\_\_\_\_, bem como (  ) autorizo (  ) não autorizo a **Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina a divulgar os meus dados (Nome(s) do(s) Produtor(es), Nome da Propriedade, Município, Número do certificado e data final de vigência) em seus meios digitais (Site, portal, entre outros), para fins de consulta pública.**

Ainda, comprometemo-nos perante à CIDASC a cumprir o que determinam os dispositivos contidos no Regulamento Técnico do Programa Nacional de Controle e Erradicação da Brucelose e Tuberculose Animal – PNCEBT.

Ficamos cientes de que constatada irregularidade na movimentação bovina da propriedade ou nos prazos para realização dos exames, o processo de certificação poderá ser suspenso pelo Serviço Veterinário Oficial a qualquer momento.

Designamos o(a) médico(a) veterinário(a) \_\_\_\_\_, CRMV/SC nº \_\_\_\_\_, habilitado(a) no PNCEBT-SC sob Portaria nº \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, como responsável desta Certificação, o qual será informado com antecedência sobre as futuras entradas de bovinos na propriedade para o agendamento dos exames sanitários necessários, podendo acessar meu inventário de animais e relatório de movimentação, no período em que estiver responsável pelo processo.

Nestes termos, pede deferimento,

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário titular do imóvel (conforme cadastro do SIGEN+)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável da UEP de bóvidos (inserir um para cada UEP)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Médico Veterinário Habilitado