



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES  
**Secretaria Regional da Agricultura e Alimentação**  
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação  
Direção de Serviços de Veterinária

**PEDIDO DE ALTERAÇÃO OU MUDANÇA DAS CONDIÇÕES INICIAIS DE CENTRO DE ARMAZENAGEM DE SEMÉN/COLHEITA DE SEMÉN/EQUIPA DE COLHEITA E/OU PRODUÇÃO DE EMBRIÕES - Anexo 5**

**1. Identificação do Requerente: (Indicar Registo Veterinário)**

Nome Completo /  
Designação Social

NIF

BI/CC /Outra forma de  
ID

Morada

Localidade

Código  
Postal

E-mail

Telefone

Telemóvel

**2. Designação do centro /equipa:**

**3. Tipo de centro ou organismo:**

Centro de colheita de sémen:

Centro de armazenagem de sémen:

Equipa de colheita de embriões:

Equipa de produção de embriões:



**REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES**  
**Secretaria Regional da Agricultura e Alimentação**  
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação  
Direção de Serviços de Veterinária

Equipa de colheita e produção de embriões:

**4. Espécie:**

Bovina     Ovina/Caprina     Suína     Equina

**5. Tipo de alterações mudanças:**

- a) Mudança de instalações;
- b) Alterações nas instalações;
- c) Alteração do responsável técnico;
- d) Alteração da equipa técnica;
- e) Alteração de Agente de Inseminação Artificial
- f) Alteração da espécie armazenada ou germoplasma;
- g) Outros

**6. Tipo de alterações mudanças:**

Se assinalou a) e b)

- Localização completa, incluindo georreferenciação.
- Planta das instalações;
- Memória descritiva com descrição detalhada das instalações;
- Descrição do circuito do pessoal e animais (zonas limpas e sujas);
- Lista de equipamento existente;
- Descrição de processamento do sémen;
- Descrição do sistema de registos (procedimentos, animais, arquivo, rastreabilidade do sémen, etc.)
- Cópia da licença ou título de exploração atribuída ou certidão de registo comercial.

Se assinalou c) e d)

- Cópia da cédula profissional do médico veterinário
- *Curriculum vitae* do médico veterinário responsável

Declaro que as informações prestadas neste formulário correspondem à verdade



**REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES**  
**Secretaria Regional da Agricultura e Alimentação**  
Direção Regional da Agricultura, Veterinária e Alimentação  
Direção de Serviços de Veterinária

Data / /

-----  
Assinatura do requerente

Enquanto Responsável Técnico declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na legislação.

-----  
Assinatura do Responsável Técnico

Enquanto Agente de Inseminação Artificial declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na Portaria n.º 155/2015, art.º 11

-----  
Assinatura do Agente de Inseminação Artificial

Enquanto Agente de Inseminação Artificial declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na Portaria n.º 155/2015, art.º 11

-----  
Assinatura do Agente de Inseminação Artificial