



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

PEDIDO DE APROVAÇÃO DE EQUIPA DE COLHEITA E/OU PRODUÇÃO DE EMBRIÕES - Anexo 3

1. Identificação do Requerente:

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|---|
| Nome Completo / Designação Social | <input type="text"/> | | |
| NIF | <input type="text"/> | BI/CC /Outra forma de ID | <input type="text"/> |
| Morada | <input type="text"/> | | |
| Localidade | <input type="text"/> | Código Postal | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | | |
| Telefone | <input type="text"/> | Telemóvel | <input type="text"/> |

2. Designação proposta para a equipa

| | |
|--|----------------------|
| Equipa de Colheita de Embriões: | <input type="text"/> |
| Equipa de Produção de embriões: | <input type="text"/> |
| Equipa de Colheita e produção de embriões: | <input type="text"/> |

3. Espécie:

| | | | | | | | |
|--------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------|--------------------------|
| Bovina | <input type="checkbox"/> | Ovina/Caprina | <input type="checkbox"/> | Suína | <input type="checkbox"/> | Equina | <input type="checkbox"/> |
|--------|--------------------------|---------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------|--------------------------|

4. Solicitou n.º de operador/recetor:

| | | | |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> | Não | <input type="checkbox"/> |
|-----|--------------------------|-----|--------------------------|



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

5. Designação dos Médicos Veterinário da equipa:

| | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Nome Completo | <input type="text"/> | | |
| NIF | <input type="text"/> | BI/CC /Outra forma de ID | <input type="text"/> |
| Contacto Telefónico | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |

| | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Nome Completo | <input type="text"/> | | |
| NIF | <input type="text"/> | BI/CC /Outra forma de ID | <input type="text"/> |
| Contacto Telefónico | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |

| | | | |
|---------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Nome Completo | <input type="text"/> | | |
| NIF | <input type="text"/> | BI/CC /Outra forma de ID | <input type="text"/> |
| Contacto Telefónico | <input type="text"/> | E-mail | <input type="text"/> |

6. Documentação a entregar:

- 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;



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

- Descrição do sistema de registos (procedimentos, animais, arquivo, rastreabilidade do sémen, etc.)
- Cópia de licenciamento de exploração no âmbito do Decreto Legislativo Regional n.º 12/2007/A ou certidão de registo comercial;
- Cópias das cédulas profissionais dos médicos veterinários da equipa;
- *Curriculum vitae* dos médicos veterinários da equipa.

Declaro que as informações prestadas neste formulário correspondem à verdade

Data

/ /

Assinatura do requerente

Se assinalou *Sim* no ponto 4 para solicitar número de operador/recetor para comércio intra-União e enquanto médico-veterinário responsável de equipa declaro dar cabal cumprimento no estabelecido na legislação, relativo ao controlo técnico dos certificados sanitários e manutenção e aplicação de embriões.

Assinatura do médico-veterinário responsável de equipa