**(Anexo B)**

**TERMO** **DE** **COMPROMISSO** **DO** **MÉDICO** **VETERINÁRIO**

Eu,      , Médico Veterinário, RG        , CPF    , residente no endereço       , cidade       , telefone (   )       , e-mail       , inscrição no Conselho Regional de Medicina Veterinária do RS nº        . Certifico, perante este documento, que sou responsável pela sanidade das aves vivas comercializadas no Estabelecimento denominado       , CNPJ        , Inscrição Estadual       , localizado à (Rua/Av)       , município       , e como tal, sou conhecedor da **Lei** **Estadual** **nº** **12.731/07 e demais legislações do PNSA**, respondendo pelas questões relativas à sanidade das aves do estabelecimento supra mencionado, junto ao órgão oficial de defesa sanitária animal (DFDSA/DPA/SEAPDR), deste estado.

      ,    de        de 20   .

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

(assinatura e carimbo do RT)