**INDICAÇÃO DE CREDENCIAMENTO AO SUSAF**

Of. Nº\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

Ilmo Sr(a). Coordenador da Instância Operativa Central - SUSAF-RS,

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Médico(a) Veterinário(a) responsável pelo Serviço de Inspeção Municipal desse município, inscrito no CRMV sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins que aplicarei a legislação municipal nos estabelecimentos registrados neste Serviço de Inspeção, conforme Lei Municipal nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e suas regulamentações.

INDICO o estabelecimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ registrado neste SIM sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para credenciamento ao SUSAF/RS por entender que o mesmo atende aos requisitos necessários para integrar o SUSAF/RS.

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

Assinatura do(a) Médico(a) Veterinário(a)

Nome completo e CRMV

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_