



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA BRUCELOSE - FORM IN - 2 ME

ESPAÇO RESERVADO PARA USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO

CONDIÇÕES DA AMOSTRA NA RECEPÇÃO:

 CONGELADA RESFRIADA SATISFATÓRIA INSATISFATÓRIA

DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/20____

RECEBIDO POR: _____

REQUISIÇÃO nº

DADOS DO REQUISITANTE

NOME COMPLETO: _____

CRMV: _____

DOCUMENTO DE HABILITAÇÃO: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

UF: _____

CEP: _____

TELEFONE: _____

CELULAR: _____

E-MAIL: _____

PORTADOR: SIM NÃO

DADOS DO PORTADOR (CASO NÃO SEJA O REQUISITANTE)

NOME COMPLETO: _____

RG: _____

ENDEREÇO COMPLETO: _____

BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____

UF: _____

CEP: _____

TELEFONE: _____

E-MAIL: _____

DADOS DA AMOSTRA

DATA DA COLETA: ____/____/20____

Nº DE ANIMAIS COLETADOS* _____

MOTIVO DO TESTE

 TRÂNSITO AGLOMERAÇÃO CERTIFICADO DE PROPRIEDADE LIVRE CERTIFICADO DE PROPRIEDADE MONITORADA OUTROS (ESPECIFICAR) _____

ORIGEM DO ANIMAL

PROPRIETÁRIO: _____

PROPRIEDADE: _____

MUNICÍPIO: _____

LOCALIZAÇÃO: _____

ESPÉCIE: _____

RAÇA: _____

SEXO: _____

IDADE: _____

ANIMAL VACINADO: SIM NÃO NÃO SABE

DATA DA VACINAÇÃO: ____/____/20____

ABORTO NA PROPRIEDADE: SIM NÃO NÃO SABEPROVAS SOROLÓGICAS: SIM QUANDO: ____/____/20____

QUAIS: _____

RESULTADO DA SOROLOGIA: REAGENTE NÃO REAGENTE

HISTÓRICO

LOCAL E DATA

_____, ____/____/20____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO SOLICITANTE
