

Espaço reservado para uso do VERTÃ.		PROTOCOLO:	REGISTRO Nº: B
Condição das amostras na recepção: () Adequada () Insatisfatória		Data recebimento: / /	Recebida por:

I - DADOS DO REQUISITANTE

1. Nome:		CPF:	
2. Registro CRMV:		Portaria de Habilitação:	
3. Endereço:			
Município:		UF:	
4. E-mail:		Telefone:	
5. Portador das amostras:	() Sim	() Não	(caso seja "NÃO" preencher documento de nomeação do portador)

II - DADOS DA AMOSTRA

Espécie:	() Bovino	Data da coleta:	
Motivo do teste:	() monitoramento	() Certificação	() confirmação de resultado () trânsito/evento
Teste requerido:	() AAT	() 2ME	
Origem do(s) animal(is):		Número de animais coletados:	
Proprietário:		CPF:	
Propriedade:			
Localização:		Município:	UF:

III DADOS PARA PAGAMENTO:

() Méd. Veterinário Requisitante	() Proprietário	() Outro (nome/CPF):
-----------------------------------	------------------	-----------------------

Nº ordem	Identificação nº/nome	Raça	Sexo (M/F)	Idade meses	Vacina B19	Data vacinação	Aborto na propriedade	Prova sorológica		Resultado na prova sorológica
								Data	Qual?	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Legenda: M - (macho); F - (fêmea); Códigos para provas sorológicas : AAT - (antígeno acidificado tamponado); 2 ME - (2 mercaptoetanol); Códigos para vacinação: S - (sim 3-8 meses); ST - (acima de 8 meses); N- (Não); NS - (Não sabe). Códigos para abortos na propriedade: S - (sim); N - (não); NS - (não sabe)

Histórico:

Aprovação da análise: Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e de minha responsabilidade. Concordo com o prazo da realização dos ensaios acima solicitados, valores e metodologia utilizada, conforme Instrução Normativa nº 41 de 24 de novembro de 2006.

Data, Local, Assinatura e carimbo do Médico Veterinário