



**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA
DIAGNÓSTICO DE BRUCELOSE
PNCEBT/MG**

I – DADOS DO REQUISITANTE (Médico Veterinário Habilitado no PNCEBT):

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
CRMV/UF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____
Endereço eletrônico (e-mail): _____ Telefone: () _____
Nº de habilitação no MAPA: _____
O requisitante é o portador da amostra: Em caso de resposta negativa, preencher o campo II.
() Sim () Não

II – DADOS DO PORTADOR DAS AMOSTRAS:

Nome: _____
Endereço: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Expedidor: _____ UF: _____
Telefone: () _____ Endereço eletrônico (e-mail): _____

III – DADOS DA(S) AMOSTRA(S):

Data da colheita: ____ / ____ / ____ Nº de animais na propriedade: _____
Nº de amostras: _____ Espécie: _____
Propriedade de origem das amostras: _____ Nº registro da propriedade: _____
Proprietário: _____ E-mail: _____
Município: _____
Localização: _____

Nº de Identificação da amostra (Campo reservado ao IPEVE)	Identificação do Animal	Sexo do Animal	Idade	Raça	Vacinado? Se sim, informar a data de Vacinação
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____
					____ / ____ / ____

*Informo que treinei e orientei o portador da(s) amostra(s), sobre os procedimentos de biossegurança para o correto transporte para amostras biológicas.

_____, _____, ____ / ____ / ____
Cidade UF Data

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário requerente do exame / Nº CRMV/UF