

## REQUISIÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA

Técnica de Imunodifusão em gel Ágar (IDGA) - Portaria MAPA 84/1992 e Portaria MAPA 378/2014  
Credenciamento: Portaria nº 353 de 07 de Outubro de 2014

Avenida do Contorno, 6226 - Savassi - BH - MG - CEP: 30110-042  
Fone: (31) 3281-0500 - E-mail: sac@tecsa.com.br

Cod. Convênio:

Nº Resenha: **USO INTERNO**

PROPRIETÁRIO do Animal: \_\_\_\_\_ Responsável: **Dr. Luiz Eduardo Ristow - CRMV-MG 3708**

E-MAIL:									
Endereço Completo:								TELEFONE: ( )	
Médico VETERINÁRIO Requisitante:					E-MAIL:				
Endereço Completo:								CELULAR: ( )	

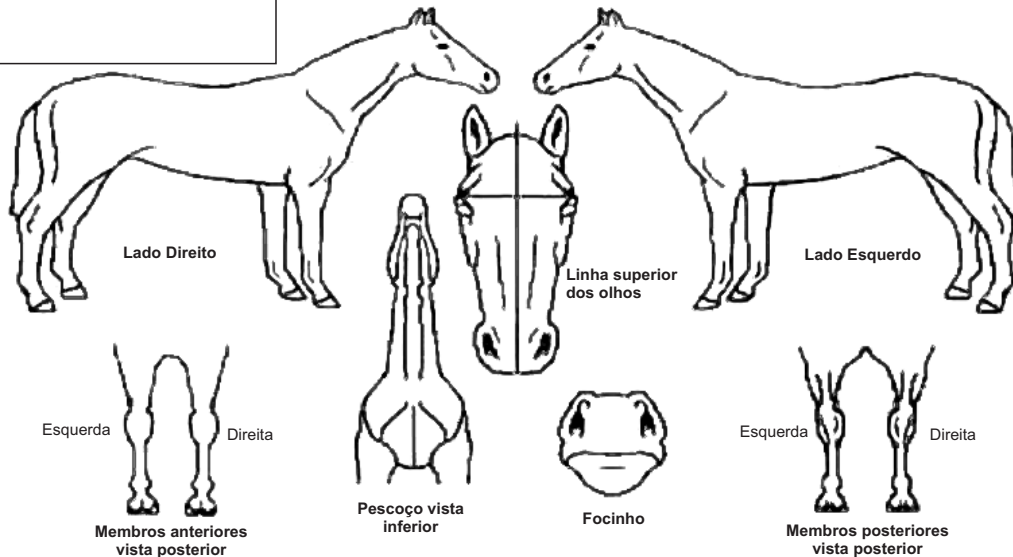
Nome do ANIMAL:

Registro/Nº/Marca:										<b>Classificação:</b>							
Espécie:										Raça:		JC	SH	H	FC	UM	OUTRA
Sexo:										Idade:							
ENDEREÇO COMPLETO ONDE SE ENCONTRA O ANIMAL:										Nº de equídeos existentes		JC-JÓQUEI CLUBE		H-HARAS			
Município/UF:												SH-SOCIEDADE HÍPICA		FC-FAZENDA			
												UM-UNIDADE MILITAR					

### Resenha Preenchimento Obrigatório

#### Pelagem

Resenha gráfica



Descrição do animal:

#### Preenchimento Obrigatório

#### TERMO DE COMPROMISSO:

Como proprietário ou representante legal comprometo-me a:

- 1) PERMITIR o sacrifício ou abate do(s) animal(ais) examinado(s) que apresentar(em) resultado(s) POSITIVO(S).
- 2) Não mudar o(s) animal(ais) de local até o recebimento do(s) resultado(s).
- 3) Acatar e permitir aplicar o Decreto nº 24.548 de 03/07/1934; Portaria nº 200, de 18/08/1981; artigo 2º, parágrafo único, da lei 569, de 21/12/1948, regulamentada pelo Decreto 27.932, de 28/03/1950 e Instrução Normativa nº 45, de 15/06/2004.

Nome completo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_  
Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Requisitante

**A colheita da amostra e resenha deste animal são de minha responsabilidade.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
Município e Data da colheita

Assinatura e **CARIMBO** do Médico Veterinário Requisitante

## REQUISIÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA

Técnica de Imunodifusão em gel Ágar (IDGA) - Portaria MAPA 84/1992 e Portaria MAPA 378/2014  
Credenciamento: Portaria nº 353 de 07 de Outubro de 2014

Avenida do Contorno, 6226 - Savassi - BH - MG - CEP: 30110-042  
Fone: (31) 3281-0500 - E-mail: sac@tecsa.com.br

Cod. Convênio:

Nº Resenha: **USO INTERNO**

Proprietário do Animal: \_\_\_\_\_ Responsável: **Dr. Luiz Eduardo Ristow - CRMV-MG 3708**

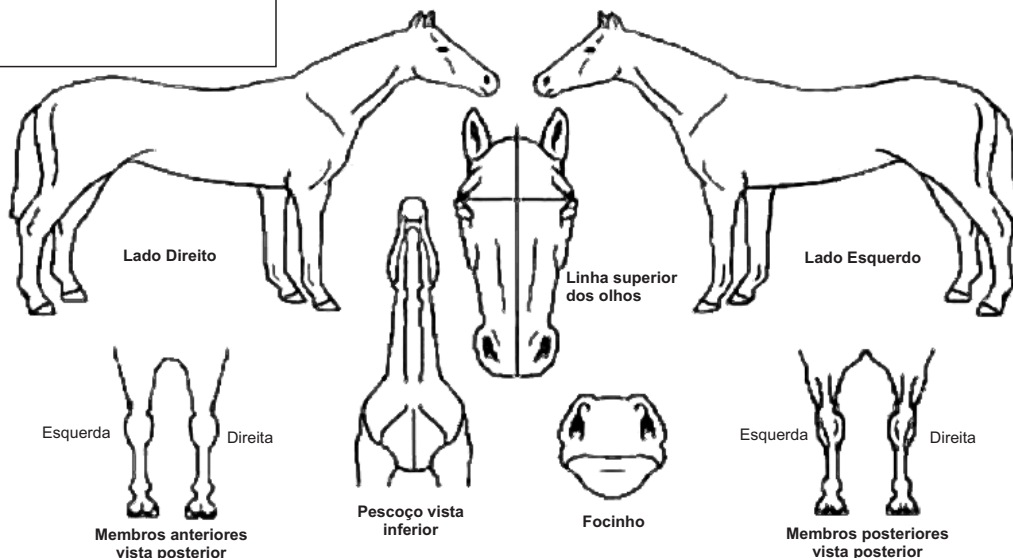
E-MAIL:									
Endereço Completo:								TELEFONE: ( )	
Médico VETERINÁRIO Requisitante:					E-MAIL:				
Endereço Completo:								CELULAR: ( )	

Nome do ANIMAL:										Registro/Nº/Marca:										<b>Classificação:</b>					
Espécie:										Raça:										JC	SH	H	FC	UM	OUTRA
Sexo:										Idade:															
ENDEREÇO COMPLETO ONDE SE ENCONTRA O ANIMAL:																JC-JÓQUEI CLUBE			H-HARAS						
Município/UF:										Nº de equídeos existentes						SH-SOCIEDADE HÍPICA			FC-FAZENDA						
																UM-UNIDADE MILITAR									

### Resenha Preenchimento Obrigatório

#### Pelagem

Resenha gráfica



Descrição do animal:

#### Preenchimento Obrigatório

#### TERMO DE COMPROMISSO:

Como proprietário ou representante legal comprometo-me a:

- 1) PERMITIR o sacrifício ou abate do(s) animal(ais) examinado(s) que apresentar(em) resultado(s) POSITIVO(S).
- 2) Não mudar o(s) animal(ais) de local até o recebimento do(s) resultado(s).
- 3) Acatar e permitir aplicar o Decreto nº 24.548 de 03/07/1934; Portaria nº 200, de 18/08/1981; artigo 2º, parágrafo único, da lei 569, de 21/12/1948, regulamentada pelo Decreto 27.932, de 28/03/1950 e Instrução Normativa nº 45, de 15/06/2004.

Nome completo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Requisitante

**A colheita da amostra e resenha deste animal são de minha responsabilidade.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Município e Data da colheita

\_\_\_\_\_  
Assinatura e **CARIMBO** do Médico Veterinário Requisitante

## REQUISIÇÃO DE DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA

Técnica de Imunodifusão em gel Ágar (IDGA) - Portaria MAPA 84/1992 e Portaria MAPA 378/2014  
Credenciamento: Portaria nº 353 de 07 de Outubro de 2014

Avenida do Contorno, 6226 - Savassi - BH - MG - CEP: 30110-042  
Fone: (31) 3281-0500 - E-mail: sac@tecsa.com.br

Cod. Convênio:

Nº Resenha: **USO INTERNO**

Proprietário do Animal: \_\_\_\_\_ Responsável: **Dr. Luiz Eduardo Ristow - CRMV-MG 3708**

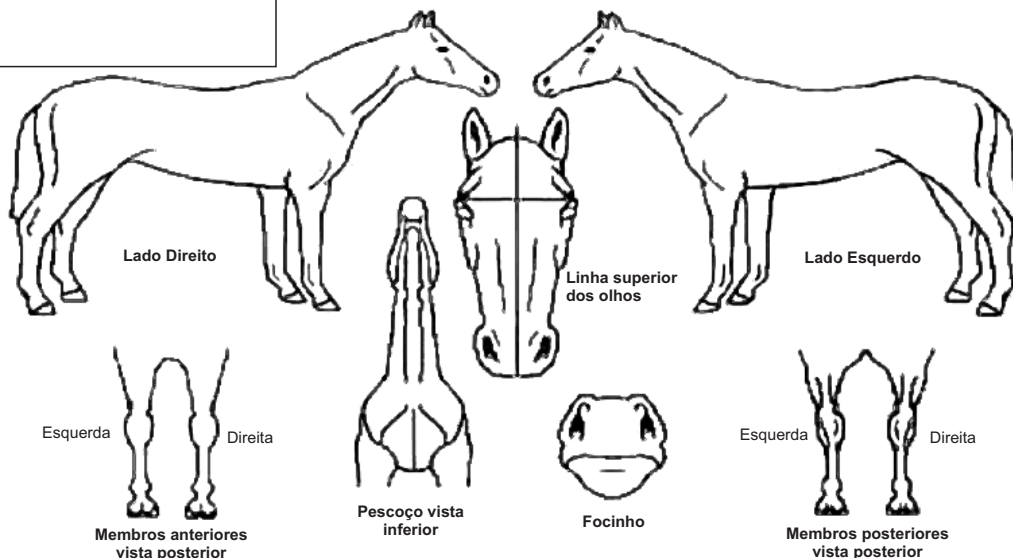
E-MAIL:									
Endereço Completo:								TELEFONE: ( )	
Médico VETERINÁRIO Requisitante:					E-MAIL:				
Endereço Completo:								CELULAR: ( )	

Nome do ANIMAL:										Registro/Nº/Marca:										<b>Classificação:</b>					
Espécie:										Raça:										JC	SH	H	FC	UM	OUTRA
Sexo:										Idade:															
ENDEREÇO COMPLETO ONDE SE ENCONTRA O ANIMAL:																JC-JÓQUEI CLUBE			H-HARAS						
Município/UF:										Nº de equídeos existentes						SH-SOCIEDADE HÍPICA			FC-FAZENDA						
																UM-UNIDADE MILITAR									

### Resenha Preenchimento Obrigatório

#### Pelagem

Resenha gráfica



Descrição do animal:

#### Preenchimento Obrigatório

#### TERMO DE COMPROMISSO:

Como proprietário ou representante legal comprometo-me a:

- 1) PERMITIR o sacrifício ou abate do(s) animal(ais) examinado(s) que apresentar(em) resultado(s) POSITIVO(S).
- 2) Não mudar o(s) animal(ais) de local até o recebimento do(s) resultado(s).
- 3) Acatar e permitir aplicar o Decreto nº 24.548 de 03/07/1934; Portaria nº 200, de 18/08/1981; artigo 2º, parágrafo único, da lei 569, de 21/12/1948, regulamentada pelo Decreto 27.932, de 28/03/1950 e Instrução Normativa nº 45, de 15/06/2004.

Nome completo: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Requisitante

**A colheita da amostra e resenha deste animal são de minha responsabilidade.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Município e Data da colheita

Assinatura e **CARIMBO** do Médico Veterinário Requisitante