

**NOMEAÇÃO DE PORTADOR PARA ANEMIA INFECCIOSA EQUINA (AIE)
PESSOA FÍSICA**

Eu _____, Médico Veterinário de
(nome completo)

CRMV nº _____, UF _____ nomeio _____
(nome completo)

portador da C.I nº _____ como portador de _____ amostra(s) de
(número)

sangue ou soro sanguíneo, coletada(s) e identificada(s) por mim conforme a(s) requisição(ões)
número(s) _____

Local e data: _____

Médico Veterinário
Assinatura e carimbo

Proprietário do(s) animal(is)
assinatura