

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:

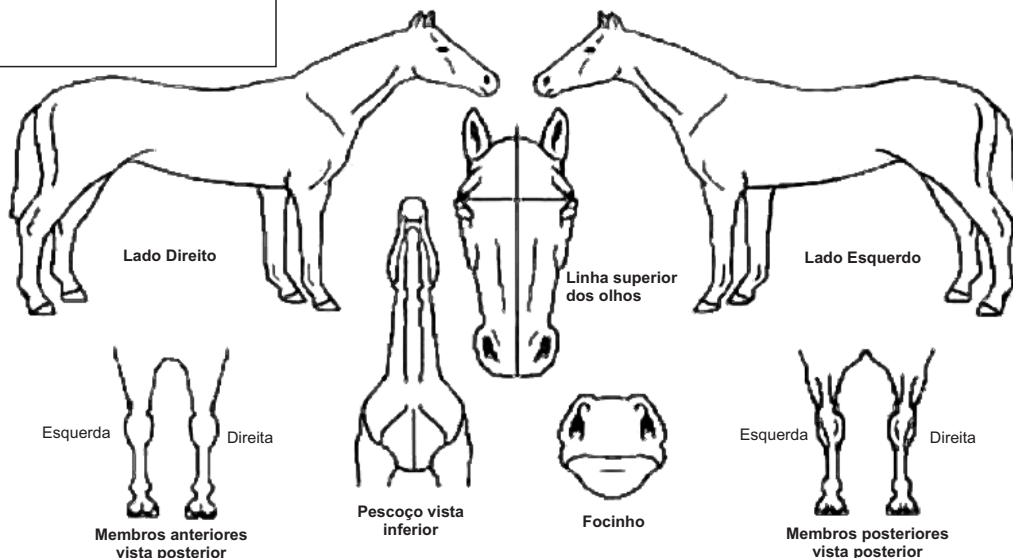
Classificação:

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:

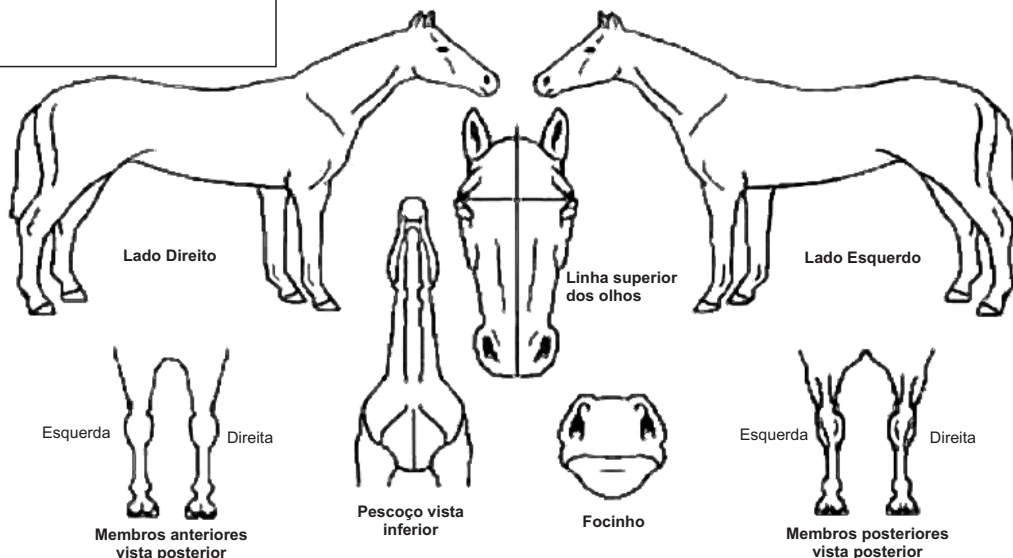
Classificação:

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:

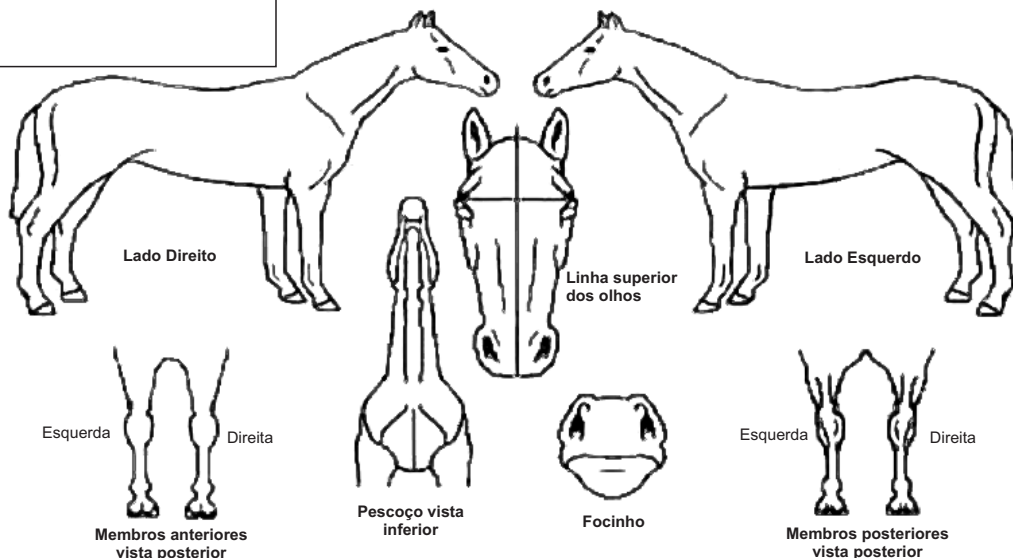
Classificação:

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 SH-SOCIEDADE HÍPICA FC-FAZENDA UM-UNIDADE MILITAR			
Município/UF:									

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