

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: _____ Propriedade de origem das amostras: _____

Espécie: _____ Nº registro da propriedade: _____

Proprietário: _____ E-mail: _____

Município: _____

Localização: _____

| Nº de Identificação da amostra (Campo reservado ao TECSA) | 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