

REQUISIÇÃO DE EXAME PARA DIAGNÓSTICO DE BRUCELOSE**Método:** () AAT () 2ME / SAL ()**DADOS DO REQUISITANTE**

Nome: _____ **Tel./Cel.:** _____ **CPF:** _____
Órgão Expedidor/UF: _____ **CRMV/UF:** _____
Município: _____ **UF:** _____
E-mail: _____ **Nº Habilitação no MAPA:** _____

DADOS DO PORTADOR DAS AMOSTRAS* - preencher somente se o requisitante não for o portador.

Nome: _____ **Tel./Cel.:** _____ **CPF:** _____
Endereço: _____
Município: _____ **UF: MA** **RG:** _____
Órgão Expedidor/UF: _____ **E-mail:** _____

DADOS DA AMOSTRA

Data da colheita: _____ **Propriedade:** _____
Proprietário: _____ **CPF:** _____ **Tel./Cel.:** _____
Município/UF: _____
Localização: _____ **Nº de amostras:** _____

Nº da amostra	Animal (nome ou nº)	Sexo	Idade	Raça	Vacinado? Se sim, informar a data da vacinação

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

Local e data:

Assinatura do Médico Veterinário requerente
CRMV-XX XXXX