Preenchimento pelo Laboratório: Registro n°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data Recebimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Resp. Pelo recebimento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dados do Médico Veterinário Requisitante:**

|  |
| --- |
| Eu Médico (a) Veterinário (a):  |
| CPF/RG: |
| Portaria MAPA/PNCETB n°: | CRMV/UF: |
| Proprietário: | Munícipio: |
| Data da Coleta: | Protocolo AAT: |

Autorizo o Responsável Técnico (ou substituto) do Laboratório Veterinário São Francisco a realizar o ensaio **confirmatório – 2ME para diagnóstico da brucelose bovina** das amostras abaixo identificadas, pois estas foram reagentes no teste de triagem Antígeno Acidificado tamponado (AAT) realizado neste laboratório.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº ordem** | **Identificação do Animal****(Brinco)** | **Sexo (M/F)** | **Raça** | **Idade meses** |
| **1** |   |   |   |   |
| **2** |  |   |   |   |
| **3** |  |   |   |   |
| **4** |  |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |
| **6** |  |   |   |   |
| **7** |  |   |   |   |
| **8** |  |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |
| **10** |   |   |   |   |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Municipio, data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico Veterinário Requisitante dos Exames Carimbo e assinatura