



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Data Recebimento: _____ Protocolo: _____
Clínica / Convênio: _____

Médico Veterinário: _____ CRMV/UF: _____
Endereço: _____ Município/UF: _____
Telefone: _____ CPF: _____ E-mail: _____

Dados da Amostra

Proprietário: _____ Município/UF: _____
Espécie: () Bovino () Equino () Ovino () Caprino Vacinação: () Sim () Não
Data da Coleta: ____/____/____ Suspeita Clínica: _____

Ensaio Solicitados

() IBR - Rinotraqueíte Infecciosa Bovina () BDV - Diarréia Viral Bovina
() Leucose (Vírus da Leucose Enzoótica Bovina) () Leptospirose () Neospora

Identificação das Amostras

Tubo	Animal/Identificação	Sexo	Raça	Idade	Tubo	Animal/Identificação	Sexo	Raça	Idade
01					16				
02					17				
03					18				
04					19				
05					20				
06					21				
07					22				
08					23				
09					24				
10					25				
11					26				
12					27				
13					28				
14					29				
15					30				

Forma de Pagamento: () À vista () Depósito () Convênio

Assinatura e Carimbo Médico Veterinário

_____ Data: ____/____/____