

REQUISIÇÃO DE EXAME PARA LENTIVIROSE EM PEQUENOS RUMINANTES

Portaria de Credenciamento nº 229 de 03/08/2017 D.O.E.	Relatório de Ensaio Nº
--	------------------------

DADOS DO PROPRIETARIO E DA PROPRIEDADE		
Propriedade/ Estabelecimento:		CNPJ:
Proprietário / Responsável:		CPF:
Endereço:	TEL:	E-mail:
MÉDICO VETERINÁRIO REQUISITANTE/CRMV		
Nome:		CRMV:
Endereço:	TEL:	E-mail:

LABORATÓRIO (DESTINADO AO PREENCHIMENTO PELO LABORATÓRIO)			
Data da colheita:	Data da chegada ao laboratório:	Data de início da análise:	Data do término da análise:
Enfermidade: CAEV		KIT/Laboratório: Partida:	Validade do Exame:
Técnica de Diagnóstico: Imunodifusão em gel de Agar			

OS Nº	Nº Registro	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL	ESPÉCIE	RAÇA	SEXO	IDADE (MESES)	RESULTADO

<p>MÉDICO VETERINARIO REQUISITANTE LOCAL E DATA: _____, ___/___/____.</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO.</p>	<p>MEDICO VETERINARIO RESPONSAVEL TECNICO DO LABORATORIO LOCAL E DATA: _____, ___/___/____.</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO.</p>
--	--