FORMULÁRIO DE NOMEAÇÃO PORTADOR – PESSOA FÍSICA E PESSOA JURÍDICA

**PESSOA JURÍDICA (EMPRESA)**

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Médico(a) Veterinário(a),CRMV-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nomeio a: Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_como transportadora/portadora de \_\_\_\_\_\_\_\_ (nº) amostra(s) de soro sanguíneo para realização de exame de A.I.E. e/ou Mormo por mim coletada(s) e identificada(s) através do(s) número(s)/nome(s), acompanhada(s) da(s) requisição(ções) número(s) abaixo informadas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº | Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº | Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº | Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

As amostras serão entregues ao Santé Laboratório.

No caso do PORTADOR ser **PESSOA JURÍDICA**, devido à impossibilidade do representante da empresa nomeada como portadora a acompanhar os procedimentos previstos nos itens 2.5, 2.6 e 2.7 da portaria SNDA nº 84, publicada no D.O.U. em 22 de outubro de 1992, delego ao Responsável Técnico/Substituto do Laboratório supracitado o poder de realizar tais procedimentos e declaro que sob nenhuma alegação eu ou meu cliente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nº do RG e órgão expedidor), proprietário do(s) animal(is) em questão, contestaremos a exatidão e veracidade dos procedimentos e do material de contraprova por ele gerados.

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

Médico(a) Veterinário(a) solicitante Proprietário - Assinatura

Assinatura e carimbo (Assinar se PORTADOR for Pessoa Jurídica)

FORM-05-014 Edição 1.4 Data: 10/07/2015

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FORMULÁRIO DE NOMEAÇÃO PORTADOR – PESSOA FÍSICA E PESSOA JURÍDICA

**PESSOA FÍSICA (IDENTIFICAÇÃO COMPLETA)**

Eu, (nome completo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Médico(a) Veterinário(a),CRMV-\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nomeio a **Pessoa Física**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como transportadora/portadora de \_\_\_\_\_\_\_\_ (nº) amostra(s) de soro sanguíneo para realização de exame de A.I.E. e/ou Mormo por mim coletada(s) e identificada(s) através do(s) número(s)/nome(s), acompanhada(s) da(s) requisição(ções) número(s) abaixo informadas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº | Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº | Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº | Nome ou  Nº Tubo | Requisição Nº |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

As amostras serão entregues ao Santé Laboratório.

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

Médico(a) Veterinário(a) solicitante

Assinatura e carimbo

FORM-05-014 Edição 1.4 Data: 10/07/2015