

SL:

OS:

* É obrigatório o preenchimento de todos os dados

PROPRIETÁRIO:		TELEFONE:		CPF:	
ENDEREÇO:				CIDADE/UF:	
MÉDICO VETERINÁRIO:		TELEFONE:		CPF:	
ENDEREÇO:		E-MAIL:		CRMV:	
NOME DO ANIMAL:		IDADE:		*CLASSIFICAÇÃO:	
RAÇA:		REGISTRO No / MARCA:		UTILIDADE:	
SEXO: MACHO FÊMEA FÊMEA GESTANTE		ESPÉCIE: EQUINA ASININA MUAR		JC	SH
LOCAL ONDE SE ENCONTRA O ANIMAL:		CIDADE/UF:		H	FC
CADASTRO RURAL:		FINALIDADE DO EXAME:		UM	CR
Nº DE TUBO / NOME:		Nº DE EQUÍDEOS EXISTENTES:		OUTROS	

*CLASSIFICAÇÃO - JC: JOCKEY CLUB / H: HARAS / SH: SOCIEDADE HÍPICA / FC: FAZENDA DE CRIAÇÃO / CR: CANCHA RETA / UM: UNIDADE MILITAR

PELAGEM:

RESENHO

FACE DE TRÁS VISTA INFERIOR DO PESÇOÇO FOCINHO FACE DE TRÁS

DESCRIÇÃO DO ANIMAL:

ACORDO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO:

Bloco: 1ª via: Rosa/Cliente 2ª via: Azul/Laboratório

- Resenho Digital: a impressão é realizada pelo solicitante e poderá ser preenchida manualmente ou pelo próprio sistema. A primeira via (cliente) deverá ter o resenho gráfico realizado com caneta preta/azul.
- A coleta da amostra e preenchimento do resenho deste animal são de minha inteira responsabilidade;
- Nomeio a empresa escolhida por mim, como transportadora / ou portadora de soro sanguíneo para realização do exame acima citado, e devido à impossibilidade do acompanhamento dos procedimentos necessários, delego ao responsável técnico do Santé, o poder de realizar tais procedimentos. Declaro ainda que sob nenhuma alegação, eu ou meu cliente, proprietário do animal, contestaremos a exatidão e veracidade dos procedimentos e do material de contra-prova por eles gerados;
- Esta requisição só terá validade para trânsito mediante o relatório de ensaio deste animal em anexo;
- Em caso de resultado positivo, anticomplementar ou inconclusivo, os órgãos de defesa animal do estado em que se encontra o animal serão comunicados imediatamente.

Data da colheita

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO SOLICITANTE