



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO
SECRETARIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA
COORDENAÇÃO GERAL DE LABORATÓRIOS AGROPECUÁRIOS

REQUERIMENTO DE REALIZAÇÃO DE TESTE PARA O DIAGNÓSTICO DE
BRUCELOSE - () Acidificado Tamponado (AAT) () Fixação do Complemento (FC)

I - DADOS DO REQUISITANTE					
Nome:					
Endereço:					
CRMV/UF:	RG:	Órgão Expedidor:	UF:		
Endereço eletrônico (e-mail):		Telefone:	Nº de habilitação no MAPA:		
O requisitante é o portador da amostra? Em caso de resposta negativa, preencher o campo II. () Sim () Não					
II - DADOS DO PORTADOR DA(S) AMOSTRA(S)*					
Nome:					
Endereço:					
CPF:	RG:	Órgão Expedidor:	UF:		
Telefone:		Endereço eletrônico: (E-mail):			
III - DADOS DA(S) AMOSTRA(S)					
Data da colheita:		Número de amostras:			
Propriedade de origem das amostras:					
Proprietário:					
Município:					
Localização:					
Nº de identificação da amostra	Identificação do animal	Sexo do animal	Idade	Raça	Vacinado? Se sim, informar a data de Vacinação.

*Informo que treinei e orientei o portador da(s) amostra(s), sobre os procedimentos de biossegurança para o correto transporte para amostras biológicas.

Cidade/UF, Data
Assinatura do Médico Veterinário requerente do exame
Nº CRMV/UF