Protocolo CDME \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Data de Entrada:\_\_\_\_\_\_\_\_\_USO EXCLUSIVO CDME

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | N° sequencial do formulário: |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO** | | |
| **Nome:** | **CPF:** | **Fone:** |
| **Endereço completo:** | | **Cidade/UF:** |
| **IDENTIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE** | | |
| **Endereço ou coordenadas** | | |
| **Nº de cadastro no Órgão Estadual de Sanidade Agropecuária (se disponível)** | | **Cidade/UF:** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO REQUISITANTE** | | |
| **Nome:** | **CPF:** | **Fone:** |
| **Endereço completo:** | | **Cidade/UF:** |
| **Portaria de habilitação do requisitante:** | | **CRMV** |

|  |
| --- |
| **Endereço eletrônico do requisitante:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL** | | | |
| **Nome do animal:** | | **Finalidade do exame (indicar quando for para trânsito internacional):** | |
| **Espécie**  **Asinino Equino Muar** | **Raça** | **Sexo**  **Fêmea Macho** | Estado gestacional (Prenhez)  **Sim Não** |
| **Idade:** | **Nº / Registro/ Marca:** | **Nº de equídeos existentes** | |
| **Local onde se encontra o animal:** | | | **Cidade/UF:** |

**Resenha**

Pelagem

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrição do animal:** | | |
| **REQUISITANTE** |  | LABORATÓRIO |
| A COLHEITA DA AMOSTRA E A RESENHA DESSE ANIMAL SÃO DE MINHA RESPONSABILIDADE.  , de de  Município e data de colheita  ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO REQUISITANTE | **INFORMAÇÕES**  **RELATÓRIO DE ENSAIO EMITIDO CONFORME PORTARIA Nº35/2018 - MAPA** |