

Protocolo CDME: _____ / _____ / _____ Data de entrada CDME: _____ / _____ / _____

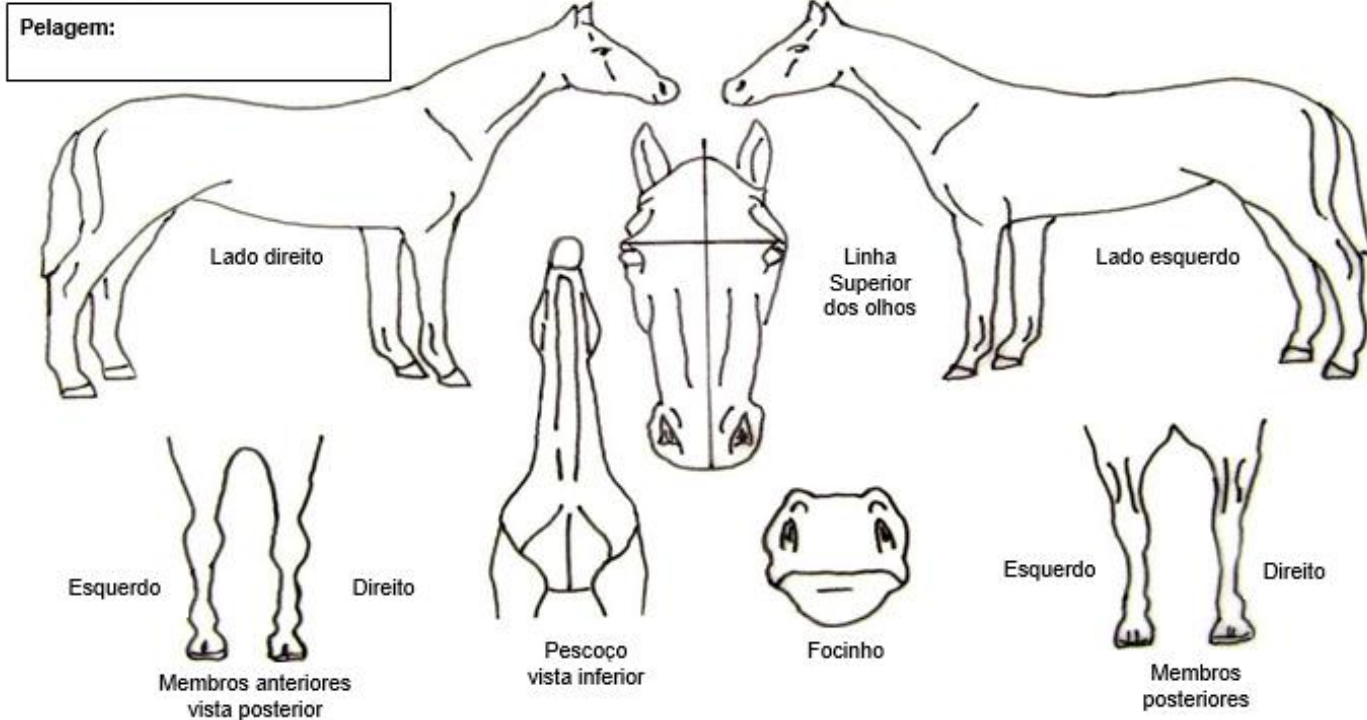
REQUISIÇÃO DE ENSAIO PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA – AIE e/ou MORMO

Nome completo do Proprietário do Animal e CPF:	Endereço completo do Proprietário do Animal:	Nº da requisição (de Controle do Med. Veterinário requisitante) Obrigatório:
	Fone:	
Nome completo do Médico Veterinário requisitante:	Endereço completo do Médico Veterinário requisitante:	
CPF: Habilitação: (Obrigatório para Mormo) e-mail:	Fone:	

Ensaio: () AIE - Imunodifusão em gel de ágar, () MORMO - ELISA

Nome do animal:	Registro / Nº / Marca:	CLASSIFICAÇÃO DA PROPRIEDADE: marcar com x conforme legenda abaixo					
Espécie: () Equino () Muar () Asinino	Raça:	JC	SH	H	FC	UM	OUTRA
Sexo: (Fêmea- indicar estado gestacional obrigatório para MORMO) () Fêmea () Fêmea prenhe () Macho	Idade:	Motivo do Ensaio:					
Propriedade onde se encontra o animal:	Nº de equídeos existentes na propriedade:						
Município/UF:							

RESENHA



Descrição do animal:

REQUISITANTE

A colheita da amostra, resenha e demais informações deste animal são de minha responsabilidade.

Município da colheita: _____ Data da colheita: _____ / _____ / _____

Nome, Assinatura e Nº de CRMV do Médico Veterinário Requisitante: (abaixo)

O requerente declara estar ciente de que o não pagamento da prestação do serviço solicitado ensejará na inscrição em CADIN e em Dívida Ativa do Estado, com os devidos acréscimos legais, independentemente de notificação prévia.