RELATÓRIO MENSAL DE COMÉRCIO DE PRODUTOS VETERINÁRIOS DE INTERESSE DA DEFESA AGROPECUÁRIA E CONTROLE DE TEMPERATURA

|  |
| --- |
| Nome do Estabelecimento: |
| CNPJ: | Telefone: | Mês e Ano: |
| Endereço: |
| Município: | UF: |  |
| Registro na Adapar: |  |

**Autorizada a Comercialização de:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antígeno Acidificado Tamponado AAT:** |  |
| **Tuberculina Bovina:** |  |
| **Tuberculina Aviária:** |  |
| **Vacina Brucelose B19:** |  |
| **Vacina Brucelose VNIAA RB51:** |  |
| **Vacina contra Raiva dos Herbívoros:** |  |
| **Vacinas Avícolas:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Produtos Farmacêuticos Não Controlados:** |  |
| **Pasta Vampiricida:** |  |
| **Antimicrobianos:** |  |
| **Produtos Farmacêuticos Controlados:** |  |
| **Outros:** |  |  |
| **Outros:** |  |  |
| **Outros:** |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Veterinário Responsável: |  |
| Proprietário do Estabelecimento: |  |

JUSTIFICATIVA:

**Orientações de preenchimento**:

Os relatórios devem ser entregues no e-mail institucional do Escritório Local da Adapar, até o 5º dia útil do mês subsequente. O envio deste arquivo único deve ser no formato .pdf

Todos os campos da aba "IDENTIFICAÇÃO" devem ser preenchidos.

O atraso na entrega deste relatório, ou ausência de envio, esta sujeito à sansões legais vigentes, inclusive descredenciamento.

Este arquivo contém 10 (dez) abas para preenchimento: Identificação; Controle de temperatura (2 abas), Rel AAT, TB. BOV, TB. AVI, B19, RB51, Vac. Antirrábica e Pasta Vampiricida

Identificação do refrigerador:caso haja apenas 1, não preencher.

DEMONSTRATIVO DE TEMPERATURA

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  |
| CNPJ: |   | Telefone: |  | Mês e Ano: | / |
| Endereço: |  |
| Município: |  | UF: |  |
| Registro na Adapar: |  | Identificação do refrigerador: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dia | Hora | Temperatura | Nome do Responsável pela leitura | Visto | Observação |
| Máx. | Mín. | Atual |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |  |  |  |

RELATÓRIO DE ANTÍGENO ACIDIFICADO TAMPONADO – ATA (Pág. 1 de 2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  | Município: |  |
| Mês: |  | Ano: |  |  | Data da Entrega: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frascos | Doses |
| Saldo anterior em: |  |  |  |
| Recebidos no mês do I. Biológico: |  |  |
| Recebidos no mês do Lab. Mercosules: |  |  |
| Recebidos no mês do Lab. |  |  |  |
|  | SALDO INICIAL: | 0 | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| NF n° |  |
| NF n° |  |
| NF n° |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° da Requisição | Nota Fical | Nome do Médico Veterinario | N° Habilitação | CRMV | Fabricante | N° de frascos | N° de doses | Partida |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

RELATÓRIO DE ANTÍGENO ACIDIFICADO TAMPONADO – ATA (Pág. 2 de 2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° da Requisição | Nota Fical | Nome do Médico Veterinario | N° Habilitação | CRMV | Fabricante | N° de frascos | N° de doses | Partida |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| RESUMO |
| Saldo Anterior (dia 1°) |  |
| N° Frascos Recebidos | 0 |
| N° Frascos comercializados | 0 |
| Saldo Final (dia 30) | 0 |

|  |
| --- |
| SALDO FINAL |
| FRASCOS: | 0 | DOSES: | 0 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico |  | CRMV/PR: |  |
| Assinatura: |  |

Observações:

Os relatórios devem ser impressos e entregues na ADAPAR até o 5º dia útil do mês subsequente. O modelo do Relatório não deve ser alterado em hipótese alguma.

Encaminhar uma cópia deste relatório para o e-mail brutu@adapar.pr.gov.br

RELATÓRIO DE TUBERCULINA BOVINA – Tb.BOV (pág. 1 de 2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  | Município: |  |
| Mês: |  | Ano: |  |  | Data da Entrega: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frascos | Doses |
| Saldo anterior em: |  |  |  |
| Recebidos no mês do I. Biológico: |  |  |
| Recebidos no mês do Lab. Mercosules: |  |  |
| Recebidos no mês do Lab. |  |  |  |
|  | SALDO INICIAL: | 0 | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| NF n° |  |
| NF n° |  |
| NF n° |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° da Requisição | Nota Fical | Nome do Médico Veterinario | N° Habilitação | CRMV | Fabricante | N° de frascos | N° de doses | Partida |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

RELATÓRIO DE TUBERCULINA BOVINA – Tb.BOV (Pág. 2 de 2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° da Requisição | Nota Fical | Nome do Médico Veterinario | N° Habilitação | CRMV | Fabricante | N° de frascos | N° de doses | Partida |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| RESUMO |
| Saldo Anterior (dia 1°) |  |
| N° Frascos Recebidos | 0 |
| N° Frascos comercializados | 0 |
| Saldo Final (dia 30) | 0 |

|  |
| --- |
| SALDO FINAL |
| FRASCOS: |  | DOSES: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico |  | CRMV/PR: |  |
| Assinatura: |  |

Observações:

Os relatórios devem ser impressos e entregues na ADAPAR até o 5º dia útil do mês subsequente. O modelo do Relatório não deve ser alterado em hipótese alguma.

Encaminhar uma cópia deste relatório para o e-mail brutu@adapar.pr.gov.br

RELATÓRIO DE TUBERCULINA AVIÁRIA – Tb.AV (Pág. 1 de 2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  | Município: |  |
| Mês: |  | Ano: |  |  | Data da Entrega: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Frascos | Doses |
| Saldo anterior em: |  |  |  |
| Recebidos no mês do I. Biológico: |  |  |
| Recebidos no mês do Lab. Mercosules: |  |  |
| Recebidos no mês do Lab. |  |  |  |
|  | SALDO INICIAL: | 0 | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| NF n° |  |
| NF n° |  |
| NF n° |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° da Requisição | Nota Fiscal | Nome do Médico Veterinario | N° Habilitação | CRMV - PR | Fabricante | N° de frascos | N° de doses | Partida |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

RELATÓRIO DE TUBERCULINA AVIÁRIA – Tb.AV (Pág. 2 de 2)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° da Requisição | Nota Fiscal | Nome do Médico Veterinario | N° Habilitação | CRMV - PR | Fabricante | N° de frascos | N° de doses | Partida |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| RESUMO |
| Saldo Anterior (dia 1°) |  |
| N° Frascos Recebidos | 0 |
| N° Frascos comercializados | 0 |
| Saldo Final (dia 30) | 0 |

|  |
| --- |
| SALDO FINAL |
| FRASCOS: |  | DOSES: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico |  | CRMV - PR: |  |
| Assinatura: |  |

Observações:

Os relatórios devem ser impressos e entregues na ADAPAR até o 5º dia útil do mês subsequente. O modelo do Relatório não deve ser alterado em hipótese alguma.

Encaminhar uma cópia deste relatório para o e-mail brutu@adapar.pr.gov.br

RELATÓRIO DA COMERCIALIZAÇÃO DE VACINA CONTRA BRUCELOSE B19

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  |
| CNPJ: |  | Telefone: |  | Mês e Ano: | / |
| Endereço: |  |
| Município: |  | UF: |  |
| Registro na Adapar: |  | Identificação do refrigerador: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saldo Anterior |  | DOSES |

Data:

|  |
| --- |
| COMPRA |
| Data | Laboratório | Partida | N° de frascos | N° de doses | Vencimento |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| VENDA |
| Data | Laboratório | Partida | N° de frascos | N° de doses | Vencimento |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ESTOQUE ATUAL |
| Data | Laboratório | Partida | N° de frascos | N° de doses | Vencimento |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico |  | CRMV - PR: |  |
| Assinatura do RT: |  |

RELATÓRIO DA COMERCIALIZAÇÃO DE VACINA CONTRA BRUCELOSE NÃO INDUTORA DA FORMAÇÃO DE ANTICORPOS AGLUTINANTES AMOSTRA RB51

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  |
| CNPJ: |  | Telefone: |  | Mês e Ano: | / |
| Endereço: |  |
| Município: |  | UF: |  |
| Registro na Adapar: |  | Identificação do refrigerador: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saldo Anterior |  | DOSES |

Data:

|  |
| --- |
| COMPRA |
| Data | Laboratório | Partida | N° de frascos | N° de doses | Vencimento |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| VENDA |
| Data | Laboratório | Partida | N° de frascos | N° de doses | Vencimento |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ESTOQUE ATUAL |
| Data | Laboratório | Partida | N° de frascos | N° de doses | Vencimento |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico |  | CRMV - PR: |  |
| Assinatura do RT: |  |

RELATÓRIO DA COMERCIALIZAÇÃO DE VACINA ANTIRRÁBICA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estoque Atual: | 0 | Frascos 25 DOSES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estoque Atual: | 0 | Frascos 50 DOSES |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  | CNPJ: |  |
| Endereço: |  | Telefone: |  |
| Registro na Adapar: |  | Município: |  | UF: |  | Mês e ano: | / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saldo Anterior: |  | Frascos 25 DOSES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saldo Anterior: |  | Frascos 50 DOSES |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data da Venda | Nome do Produtor | Município | Localidade | Telefone | Vacina Antirrábica | N° de Frascos Vendidos | Espécie Animal\* | Quantidade de animais a serem vacinados |
| Laboratório | Partida | Validade | 25 doses | 50 doses |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

RELATÓRIO DA COMERCIALIZAÇÃO DE PASTA VAMPIRICIDA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estoque Atual: | 0 | TUBOS |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do Estabelecimento: |  | CNPJ: |  |
| Endereço: |  | Telefone: |  |
| Registro na Adapar: |  | Município: |  | UF: |  | Mês e ano: | / |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Saldo Anterior: |  | TUBOS |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data da Compra | Laboratório | Partida | N° Tubos | Validade |
| Mês | Ano |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data da Venda | Nome do Produtor | Município | Localidade | Telefone | Pasta Vampiricida | N° de Tubos Vendidos | Espécie Animal\* | Quantidade de animais tratados |
| Laboratório | Partida | Validade |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |