



AGENCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO PARANÁ
GERENCIA DE LABORATÓRIOS
CENTRO DE DIAGNÓSTICO "MARCOS ENRIETTI"
Credenciamento MAPA Portaria nº 167 de 07/07/2014
Rua: Jaime Balão, 575, Campus I UFPR - Curitiba, Paraná
CEP: 80.040-340; FONE: (41) 3778-6400/ FAX: (41) 3778-6427



FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DIAGNÓSTICO DE BRUCELOSE BOVINA E BUBALINA

I – DADOS DO REQUISITANTE

1. Nome: _____ CPF: _____
2. Registro no CRMV- ____ nº ____ Habilitação PNCEBT nº ____ DDSA/PR ____
3. Endereço: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
4. Telefone: () _____ Fax: () _____
5. Correio Eletrônico: _____
6. Portador: () Sim () Não
7. Carimbo e assinatura: _____

II – DADOS DO PORTADOR (CASO NÃO SEJA O REQUISITANTE)

1. Nome: _____
2. Registro no CRMV- ____ nº ____ Habilitação PNCEBT nº ____ DDSA/PR ____
3. Endereço: _____
Complemento: _____ Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____
4. Telefone: () _____ Fax: () _____
5. Correio Eletrônico: _____

III – DADOS DA(S) AMOSTRA(S):

Data de colheita: ____ / ____ / ____
Motivo do teste: _____
Origem do(s) animal(is): _____
Proprietário: _____ CPF: _____
Propriedade: _____
Localização: _____
Município: _____
Espécie: _____

Identificação (nº/nome)	Raça	Sexo	Idade (meses)	Vacinação	Episódios de aborto na propriedade	Provas sorológicas		Resultado (provas sorológicas)
						Data	Quais?	

Códigos para campo vacinação: **S** - Sim **N** - Não **NS** - Não sabe.
Códigos para campo abortos na propriedade: **S** - Sim **N** - Não **NS** - Não sabe.

Histórico: _____

Espaço reservado para uso do laboratório:
Condição da(s) amostra(s) na recepção: () Congelada () Resfriada () Satisfatória () Insatisfatória
Recebida(s) por: _____ Data: ____ / ____ / ____