



**HERMES  
PARDINI**

## TERMO DE COMPROMISSO

Como proprietário ou seu representante legal comprometo-me à: 1- PERMITIR o sacrifício ou abate do(s) animal(is) examinado(s) que apresentar(em) resultado(s) POSITIVO(S) 2- **Não mudar** os animais de local até o recebimento dos resultados e 3- **Acatar e permitir** a aplicação do Decreto nº 24.548 de 09/07/1934; Portaria Nº 200, de 18/08/1981; artigo 2º, parágrafo único, da Lei 569, de 21/12/1948, regulamentada pelo Decreto nº 27.932, de 28/03/1950 e Resolução Nº 1 da CECAIE-MG, de 18/12/2001.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Emissão: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



Eu \_\_\_\_\_  
nome completo

Médico Veterinário CRMV nº \_\_\_\_\_ nomeio \_\_\_\_\_  
nome completo

portador do CI / CNPJ nº \_\_\_\_\_ como portador de \_\_\_\_\_  
numero de amostras

amostra(s) de sangue, coletadas(s) e identificada(s) por mim conforme a(s) requisição(ões) do(s)  
animal(is) \_\_\_\_\_  
nomes animais

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Médico Veterinário

# REQUISIÇÃO E RESULTADO DE IMUNODIFUSÃO PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIOSA

Laboratório credenciado pelo Ministério da Agricultura para Diagnóstico de Anemia Infecciosa Equina sob portaria nº 2 - 11/01/2011

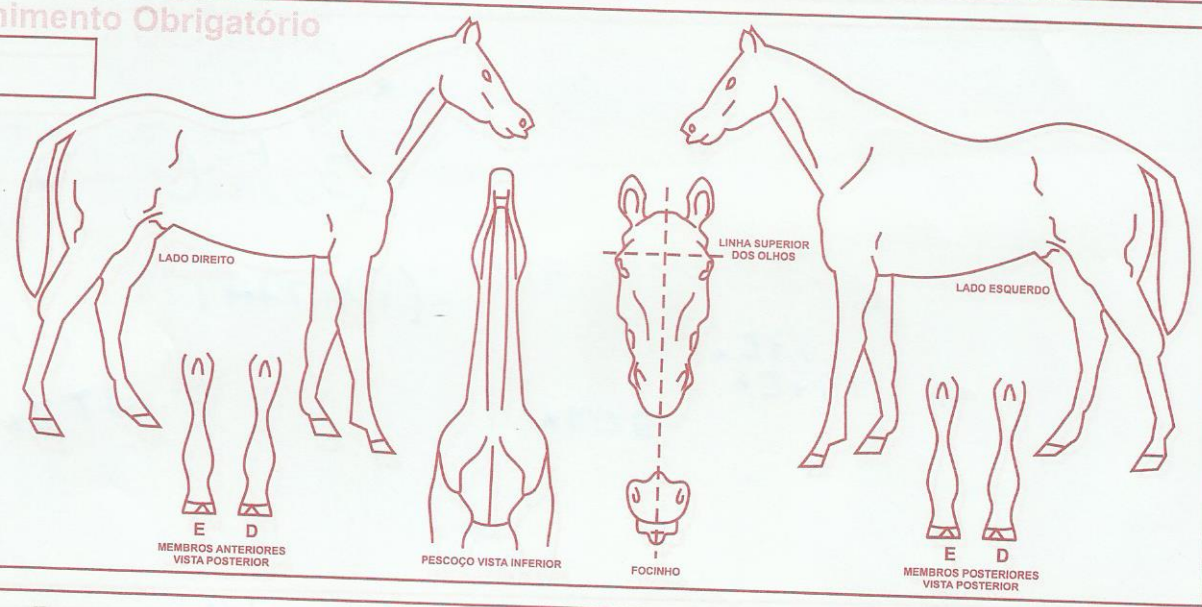
Cod. Convênio: \_\_\_\_\_

**Nº USO INTERNO**

Proprietário do Animal:		Telefone:	
Endereço Completo:		Telefone:	
Médico - Veterinário Requisitante:		Telefone:	
Endereço Completo:		Telefone:	
Nome do Animal:		Registro Nº / Marca:	
Espécie:	Raça:	Classificação: ( ) JC ( ) SH ( ) H ( ) FC ( ) UM ( ) Outra _____	
Sexo:	Idade:	Nº de Equídeos Existentes:	<small>JC: Jéquei Clube SH: Sociedade Hípica H: Haras FC: Fazenda de Criação UM: Unidade Militar</small>
Endereço Completo onde se encontra o animal:		Município - UF	

## Resenha Preenchimento Obrigatório

Pelagem \_\_\_\_\_



Descrição do Animal:

## Preenchimento Obrigatório

### REQUISITANTE

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 Município e data da colheita

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário Requisitante

### LABORATÓRIO

Antígeno - Marca ou Nome:
Nº de Série da Partida ou Lote:
Data do Exame:
Resultado:
Validade:
Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico:

1ª Via: Proprietário 2ª Via: SSADFA 3ª Via: Laboratório