FICHA DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

Av. Joaquim Lopes de Faria, 730 – Bairro Santo Antônio – Viçosa-MG – CEP: 36576-001
Tel.: (31) 3891-2551 – E-mail: microvet@microvet.com

CLIENTE

Nome:		CNPJ/CPF:
Endereço para correspondência:		
IE/PR:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:		Telefone:

PROPRIEDADE

Nome do Proprietário:		CNPJ/CPF:
Nome da Propriedade:		
IE/PR ou equivalente:		
Código da propriedade no serviço veterinário oficial:		
Georreferenciamento:		
Endereço da propriedade:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:		Telefone:

MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL

Nome:		CRMV:
Empresa:		
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:		Telefone:

REMETENTE

☐Cliente ☐ Proprietário ☐Veterinário responsável ☐Outro, neste caso, favor preencher o cadastro abaixo.

Nome:		RG:
Endereço:		
Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:		Telefone:

EXAMES REQUISITADOS

☐Antibiograma	☐ Sorologia	☐ PCR:
☐ Bacteriologia	☐ CCS	☐Outro:

INFORMAÇÕES DE ENVIO

Enviar resultados para:	☐ Proprietário	☐ Veterinário	☐ Outro:	
Por:	☐ E-mail	☐ Correio	☐ Outro:	
Cobrança para:	☐ Empresa	☐ Proprietário	☐ Veterinário	☐ Outro:

INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Espécie acometida: BOVINOS Nº de animais suscetíveis na propriedade:

Sistema de criação predominante: ☐ Free stall ☐ Compost barn ☐ Tie stall ☐ Outro:

Informações clínicas:

Histórico do problema:

Uso de Medicamentos/Vacina:

Suspeitas clínicas:

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

AMOSTRAS DE LEITE DEVEM SER ENVIADAS
Acondicionadas em gelo ou gel congelante

IDENTIFICAÇÃO DAS AMOSTRAS

BRINCO/NOME	DEL	PRODUÇÃO MÉDIA	CMT				LACTAÇÃO	IDADE OU FAIXA ETÁRIA
			AE	AD	PE	PD		

Legenda: DEL: Dias em lactação, CMT=California Mastitis Test, AE=Anterior esquerdo, AD=Anterior direito, PE=Posterior esquerdo, PD=Posterior direito, CCS=contagem de células somáticas.

Data de Colheita: _____/_____/_____
Hora da Colheita:______:_____

Data de Envio: _____/_____/_____

____
Assinatura do veterinário responsável
pela colheita - CRMV: _____

____
Assinatura do Responsável técnico ou
representante legal da propriedade

Rev.00-03/06/20