



**INSTITUTO MINEIRO DE AGROPECUÁRIA – IMA**  
**GERÊNCIA DA REDE LABORATORIAL – GRL**  
**LABORATÓRIO DE SAÚDE ANIMAL – LSA**

**Laboratório de Diagnóstico Sorológico**

**REQUISIÇÃO E RESULTADO DE IMUNODIFUSÃO PARA DIAGNÓSTICO DE ANEMIA INFECCIOSA EQUINA**

CRENCIADO PELO SDA / MAPA PORTARIA Nº 109 de 07/07/2014

Nº:

USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO

PROPRIETÁRIO DO ANIMAL:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

MÉDICO VETERINÁRIO REQUISITANTE:

ENDEREÇO COMPLETO:

TELEFONE:

NOME DO ANIMAL:

REGISTRO/Nº/MARCA:

ESPÉCIE E RAÇA:

Nº AMOSTRA:

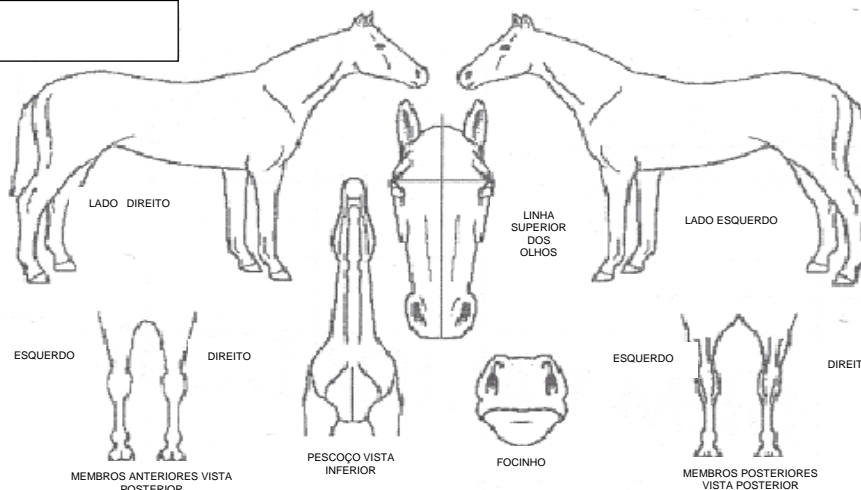
UTILIDADE:

SEXO:

IDADE:

ENDEREÇO COMPLETO ONDE SE ENCONTRA O ANIMAL+ TELEFONE:

PELAGEM:



DESCRIÇÃO DO ANIMAL:

TERMO DE COMPROMISSO: COMO PROPRIETÁRIO OU SEU REPRESENTANTE LEGAL COMPROMETO-ME A: 1) PERMITIR O SACRIFÍCIO OU ABATE DO(S) ANIMAL (IS) QUE APRESENTAR(EM) RESULTADO (S) POSITIVO (S), 2) NÃO MUDAR OS ANIMAIS DE LOCAL ATÉ O RECEBIMENTO DOS RESULTADOS E 3) ACATAR E PERMITIR APLICAR O 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 28/03/50 E RESOLUÇÃO N º 1 DA CECAE- MG, DE 18/12/2001.

NOME COMPLETO.....RG.....EMISSÃO.....

LOCAL.....DE.....DE.....

ASSINATURA:.....

REQUISITANTE	LABORATÓRIO (USO EXCLUSIVO DO LABORATÓRIO)
O ANIMAL FOI POR MIM INSPECIONADO NESTA DATA. ....., .....DE.....DE.....	ANTÍGENO-MARCA OU NOME:
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO VETERINÁRIO REQUISITANTE	Nº DE SÉRIE DA PARTIDA OU LOTE:
	DATA DO EXAME:
	RESULTADO:
	VALIDADE:
	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO