DIAGNOSTIC® CENTRO DE DIAGNÓSTICO VETERINÁRIO	*DIAGNOSTIC – Centro de Diagnóstico Veterinário*
	REQUERIMENTO PARA DIAGNÓSTICO DE BRUCELOSE

I. DADOS DO REQUISITANTE	
Nome:	
Endereço:	
Município/UF:	
Telefone:	E-mail:
CRMV/UF:	N° de Habilitação:
RG:	Órgão Expedidor/UF:
O requisitante é portador das amostras: Sim (☐) Não (☐) Em situação do requisitante **não** ser o portador das amostras, preencher o campo **II**.	

II. DADOS DO PORTADOR DA(S) AMOSTRA(S)		
Nome:		
Endereço:		
Município/UF:		
CPF: Órgão Expedidor/UF:	RG:	Órgão Expedidor/UF:
Telefone:	E-mail:	

III. TESTE SOLICITADO
(☐) 2-Mercaptoetanol (2-ME) (☐) Antígeno Acidificado Tamponado (AAT) (☐) Teste do Anel do Leite (TAL)

IV. DADOS DA(S) AMOSTRA(S)	
Data da Colheita:_____/_____/_____	N° de Animais Coletados:
Propriedade de Origem das Amostras:	
Endereço:	
Município/UF:	
Proprietário:	

ID das amostras	ID dos animais	sexo	raça	espécie	idade	vacinado? (se sim, informe a data)

V. INSTRUÇÕES

- Conforme IN N° 34, de 08 de setembro de 2017 – Art° 6°, somente será aceito requerimento de Médico Veterinário requisitante com habilitação vigente no MAPA ou Oficial.
- A amostra deve ser enviada em caixa isotérmica com gelo reciclável para manter a refrigeração entre 2° a 8°C por até 72horas, caso ultrapasse este prazo, congelar o **soro** a -20°C.
- Para solicitações de teste de 2-ME, devem estar anexados a este requerimento os resultados do teste de AAT de todos os animais a serem testados.

_____, _____/_____/_____	_____ Assinatura e carimbo do Médico Veterinário Solicitante

Cópia Controlada