

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

Acondicionadas em gelo ou gel congelante

[illegible]

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