



## Formulário de identificação de amostras de soro bovino para diagnóstico de brucelose

*Sistema de vigilância ativa para Brucelose Bovina em abatedouros-frigoríficos*

Nº da Requisição: \_\_\_\_\_

### 1 - Identificação do estabelecimento

Serviço de Inspeção (tipo e nº):	
Nome do Estabelecimento:	
Município:	UF: SC

### 2 - Informações sobre as amostras

Nº	NÚMERO DO BRINCO	MUNICÍPIO DE ORIGEM	Série/Nº GTA	DATA DA COLHEITA	CAMPO PARA USO DO LABORATÓRIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					



28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

(inserir ou excluir linhas se necessário)

### 3 - Observações

--

### 4 - Laboratório de destino das amostras

Nome: CIDASC – Chapecó (CNPJ 83.807.586/00001-28) Avenida Nereu Ramos, nº 693 D. Centro, Chapecó SC CEP 89812-110	Nome: CIDASC – Joinville (CNPJ 83.807.586/00001-28) Rodovia SC 418 – KM 0,3 – Pirabeiraba, Joinville, SC CEP 89239-401
---	--

### 5 - Indicação para retorno dos resultados ( Preenchimento obrigatório )

Nome: Karina Diniz Baumgarten	E-mail: <a href="mailto:pncebt@cidasc.sc.gov.br">pncebt@cidasc.sc.gov.br</a>
Inspetor:	E-mail:

Fone / WhatsApp:

Nome do Médico Veterinário Responsável

Assinatura e carimbo

## INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO

### *Formulário de identificação de amostras de soro bovino Sistema de vigilância ativa para Brucelose Bovina em abatedouros-frigoríficos*

#### **01 – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:**

- SERVIÇO DE INSPEÇÃO: Informar em sigla o tipo do serviço de inspeção do estabelecimento (SIF, SIE ou SIM).
- NÚMERO: Informar o número de registro do estabelecimento no respectivo serviço de inspeção.
- NOME DO ESTABELECIMENTO: informar o nome do *abatedouros-frigorífico*.
- MUNICÍPIO: Informar o nome do município onde se localiza o estabelecimento.

#### **02 - INFORMAÇÕES SOBRE AS AMOSTRAS:**

- N° DO BRINCO: Informar o número do brinco da fêmea bovina amostrada.
- MUNICÍPIO: Município de origem do animal amostrado.
- Série/N° GTA: Série e Número da GTA que acompanhou o animal amostrado.
- DATA DA COLHEITA: Data em que a amostra de soro sanguíneo foi colhida. Este formulário poderá ser utilizado por vários dias caso em um mesmo dia não tenha sido ocupados todos os campos de identificação de amostra.
- N° DE AMOSTRAS: caso o envio de amostras for superior a 45 (quarenta e cinco) em um mesmo formulário, poderão ser inseridas linhas no formulário, indicando o número de páginas enviadas no canto superior direito da primeira página do formulário. Se o número de amostras for até 15 (quinze) amostras, favor excluir linhas do formulário para enviar apenas uma página.

#### **3 - OBSERVAÇÕES:**

Campo destinado ao registro de informações adicionais.

#### **4 - LABORATÓRIO DE DESTINO DAS AMOSTRAS:**

- O Abatedouro poderá escolher para qual Laboratório irá enviar as amostras, para o Laboratório da CIDASC em Chapecó ou em Joinville.

#### **ATENÇÃO:**

- 1) Todos os formulários deverão estar identificados com o nome, assinatura e carimbo do médico veterinário responsável pela colheita das amostras e pelo preenchimento das informações.

### **Modelo de Nomeação ao Portador**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo), médico(a) veterinário(a),  
CRMV/UF \_\_\_\_\_, nomeio \_\_\_\_\_ (nome completo pessoa  
física ou jurídica), portador(a) da CI/CNPJ\* N° \_\_\_\_\_, como portador(a)  
de \_\_\_\_\_ (quantidade) amostra(s) de soro sanguíneo por mim coletada(s) e  
acompanhada(s) da(s) requisição(ões) de número(s): \_\_\_\_\_, para  
a realização de exames de Brucelose no Laboratório Regional de Diagnóstico de  
\_\_\_\_\_ (Joinville ou Chapecó)

(Local e Data): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico veterinário solicitante do(s) exame(s) Carimbo e Assinatura