

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES PARA AVES

ESPAÇO RESERVADO PARA O USO DO LABORATÓRIO AMPLIGEN BIOTECNOLOGIA

REQUISIÇÃO AMPLIGEN: CONDIÇÕES DA AMOSTRA NA RECEPÇÃO: DATA DA RECEPÇÃO: RESPONSÁVEL:
() Imprópria () Adequada _____ / _____ / _____

Requisitante

Médico Veterinário: Dr.(a)

CRMV: Empresa:

Endereço: Número: Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone: WhatsApp: E-mail:

Tutor/Proprietário

Nome completo: CPF:

Criadouro:

Endereço: Número: Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone: WhatsApp: E-mail:

Dado(s) do(s) Animal (ais)

Quantidade de Aves Coletadas: Idade/Fase:

Espécie(s):

Material (ais) Biológico(s) Enviado(s):

Identificação das amostras / Histórico clínico / Suspeita Clínica:

() Sinais respiratórios () Sinais entéricos () Sinais nervosos () Sinais sistêmicos () Sinais reprodutivos () Monitoramento

EXAMES SOLICITADOS:

INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO

PAGO PELO SITE:

Pedido nº: _____

CONVÊNIO:

Nº: _____

EMITIR FATURA DE COBRANÇA PARA:

() Requisitante () Proprietário

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário:

Data: _____ / _____ / _____ Assinatura/Carimbo: _____