

ANEXO I

RECEITUÁRIO PARA COMPRA DE VACINA CONTRA BRUCELOSE – B19/RB51

Nº _____/20____

Médico Veterinário Cadastrado: _____

Cadastro no PNCEBT/ADAF Nº: _____ CRMV-AM Nº _____

Cidade: _____ Telefone: (____) _____

Propriedade solicitante (Estabelecimento agropecuário):

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____ Estado: _____

Cód. do estabelecimento Junto a ADAF: _____

Proprietário do Estabelecimento pecuário:

RG: _____ CPF: _____

Criador solicitante: _____

RG: _____ CPF: _____

Data provável da vacinação: _____

(Preencher os campos acima somente se o criador dos animais não for o proprietário do estabelecimento pecuário)

Quantidade de fêmeas a serem imunizadas:

Faixa etária	Quantidade de fêmeas que serão imunizadas
3 – 8 meses (B19)	
3 – 8 meses (RB51 - bovinas)	
9 – 12 meses (RB51)	
13 – 24 meses (RB51)	
25 a 36 meses (RB51)	
+36 meses (RB51)	

Local e data

Assinatura e carimbo do Médico Veterinário
Carimbo - CRMV e nº de cadastro na ADAF