|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº Formulário de Coleta**:       | **CNPJ/CPF:**       | **Departamento:**       |
| **Empresa integradora ou Cooperativa:**       | **Endereço:**       |
| **Veterinário Responsável:**       | **E-mail:**       |
| **Tipo de amostra :** [ ]  Suabe de Arrasto [ ]  Pro-pé [ ]  Fezes | **Meio de Conservação:** [ ]  Água Peptonada [ ]  Salina | **Tipo de Aves:** [ ]  Frangos corte [ ]  Perus corte [ ]  Galinhas Reprodução |

**Informações Propriedades/produtores**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Proprietário do estabelecimento avícola** | **\*CNPJ e/ou CPF do proprietário** | **Identificação do estabelecimento avícola** | **Nº Registro** | **Nº Lacre** | **Município/Estado do estabelecimento avícola** | **Identificação do núcleo de origem da aves** | **Nº Aviário existente no núcleos** | **Identificação Aviário amostrado** | **Idade Aves** | **Data coleta** | **Nº amostra coletada** |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |
|        |       |       |       |       |       |       |       |       |      |      |       |

\*Quando for o caso.

|  |
| --- |
|  |
| **Assinatura do médico veterinário responsável pelo gerenciamento dos procedimentos de coleta** |

|  |
| --- |
| **DADOS PARA PAGAMENTO** |
| **Razão social:**       | **CNPJ:**       | **I.E:**       |
| **Endereço:**       | **Fone:**        |
| **Cidade:**       | **Estado:**       | **CEP:**       |
| **Forma de pagamento:** [ ]  **Boleto** [ ]  **à vista** [ ] **Outra** | **E-mail:**        |