Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento – MAPA
Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA
Departamento de Saúde Animal – DSA

Governo do Estado de Minas Gerais
Secretaria de Agricultura, Pecuária e Abastecimento de Minas Gerais
Instituto Mineiro de Agropecuária

FORM AIE — Formulário de Requisição e Resultado de teste para AIE

Nº do FORM-IN (para uso do Serviço Veterinário Oficial) _____ - _____

FORM COM? ○ Não ○ Sim Nº _____

Identificação do formulário → UF _____ Série _____ Nº sequencial _____

1. Informações sobre o médico veterinário requisitante

Nome | CRMV | Registro ou cadastro no SVO

CPF | Telefone fixo | Celular | E-mail

2. Informações sobre o proprietário do animal

Nome | CPF

Endereço | Município | UF

Telefone Fixo | Celular | E-mail

3. Informações sobre o local onde se encontra o animal

Nome | Código no SVO | Telefone de contato

Endereço | Município | UF

Tipo: ○ Propriedade rural ○ Assentamento ○ Local para aglomeração ○ Hospital/clínica veterinária ○ Unidade de pesquisa ○ Alojamento ○ Haras ○ Unidade militar ○ Sociedade hípica ○ Jóquei club ○ Propriedade de espera de abate de equídeos ○ Propriedade fornecedora de equídeos ○ Comunidades

4. Finalidade do teste, segundo classificação do laboratório

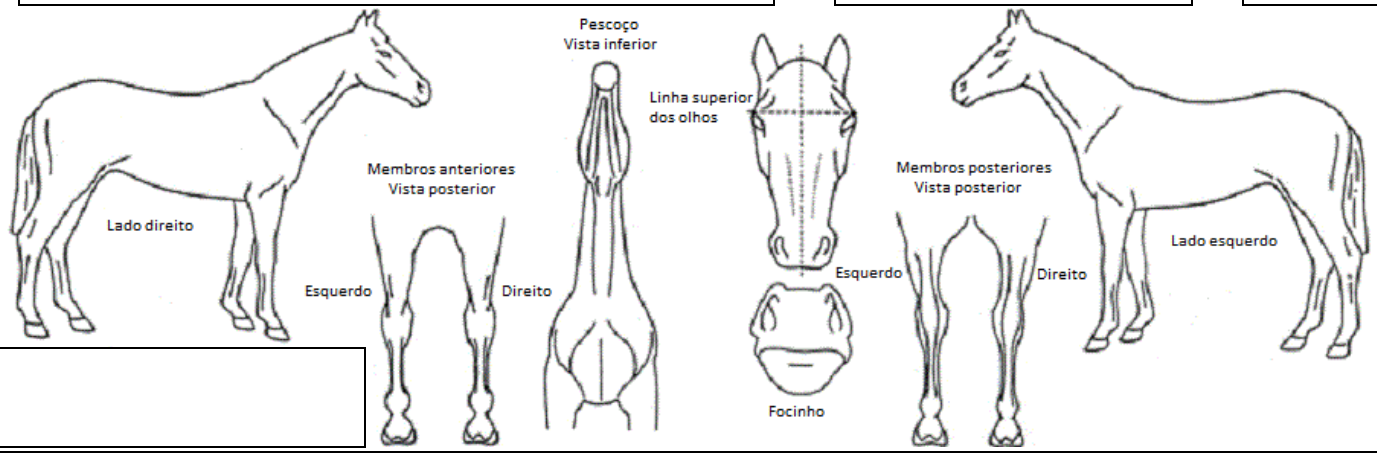
Laboratório credenciado	Laboratório credenciado público	Laboratório oficial
○ Trânsito	○ Trânsito	○ Reteste
○ Estudo epidemiológico não oficial	○ Saneamento/investigação de foco ou suspeita	○ Saneamento/investigação de foco ou suspeita
○ Controle do plantel	○ Estudo epidemiológico oficial	○ Estudo epidemiológico oficial

5. Nº de equídeos no momento da colheita _____

6. Informações sobre o animal

Nome | Idade ○ Dias(s) ○ Mês(es) ○ Ano(s) | Registro / nº / marca / brinco | ID eletrônica

Raça: | Espécie: ○ Equino ○ Asinino ○ Muar ○ Zebra | Sexo: ○ M ○ F



Pelagem _____

Descrição _____

A colheita da amostra e o resenho deste animal são de minha responsabilidade →

Assinatura e carimbo do médico veterinário requisitante | UF | Data da colheita (dd/mm/aaaa) | Município

7. Para uso exclusivo do Laboratório

Nome | Município | UF | Nº de controle

Portaria de credenciamento | Telefone | E-mail | Data do exame

Endereço | Data da validade

Antígeno: Marca _____ Partida _____ Lote _____

RESULTADO _____

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico ou RT Substituto e número no CRMV