**RELATÓRIO PARA CERTIFICAÇÃO DE PROPRIEDADE LIVRE – 1º EXAME**

|  |  |
| --- | --- |
| Proprietário: | Nº Cadastro IMA |
| Propriedade: | Nº Cadastro da Propriedade/Exploração |
| Município:  |

**1. Animais existentes na propriedade (na data de cada um dos DOIS testes negativos consecutivos):**

**1.1. Brucelose**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° animais** | **Machos Inteiros (meses)** | **Fêmeas (meses)** | **Machos Castrados** |
| 0-12 | 13-24 | 25-36 | >36 | 0-12 | 13-24 | 25-36 | >36 |
| **Momento do requerimento** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1º Teste** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Observações (**abate, morte, venda e compra de animais): |

**1.2. Tuberculose**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N° animais** | **Machos Inteiros (meses)** | **Fêmeas (meses)** | **Machos Castrados** |
| 0-12 | 13-24 | 25-36 | >36 | 0-12 | 13-24 | 25-36 | >36 |
| **Momento do requerimento** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1º Teste** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Observações (**abate, morte, venda e compra de animais): |

**2. Histórico**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nª de Identificação Individual | Raça | Sexo | RESULTADO EXAMES | OBS:venda/morte/aquisição |
| 1° | 2° |
| BRU | TUB | BRU | TUB |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Observações:**

1. Citar na planilha e anexar comprovação daqueles animais que morreram (atestado de óbito assinado por méd. veterinário), foram vendidos ou adquiridos (GTA), ou que não foram examinados para brucelose por serem castrados.

2. Os dados de assinatura, nº de CRMV/MG, carimbo e n° habilitação do (a) médico (a) veterinário (a) devem ser preenchidos ao final de cada página do documento em questão (Histórico).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

(Local) (data)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Proprietário

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Méd. Vet. Habilitado Responsável Técnico pelo processo de Certificação.