

**IDENTIFICAÇÃO**

Propriedade:	Proprietário:		
Município:	UF: MG	Unidade Regional:	
Unidade Local:	Cadastro UL:		

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Monitoramento	<input type="checkbox"/>	Inicial	<input type="checkbox"/>	Manutenção	<input type="checkbox"/>	Nº de reprodutores existente:	Data de colheita:	Data de remessa ao laboratório:		
Prática vacinação contra leptospirose? ( ) Sim ( ) Não	<input type="checkbox"/>	Leptospirose	<input type="checkbox"/>	Aujeszky	<input type="checkbox"/>	Brucelose	<input type="checkbox"/>	PSC		
Doenças de caráter opcional	<input type="checkbox"/>	RAP	<input type="checkbox"/>	PM	<input type="checkbox"/>	PPS	<input type="checkbox"/>	D. Suína		

**TERMO DE COLHEITA:**

Às \_\_\_\_\_ horas do dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, na granja acima identificada, na presença do servidor do Serviço de Sanidade Animal, médico veterinário, CRMV-MG nº \_\_\_\_\_, ou sob sua autorização, e do responsável técnico pela granja, médico veterinário, CRMV-MG nº \_\_\_\_\_, colheu-se, para fins de **monitoramento sanitário** de *Granjas de Reprodutores Suídeos Certificadas – GRSC*, previsto nos itens 2.1.4 e 2.1.5 da Instrução Normativa nº 19 de 15 de fevereiro de 2002, \_\_\_\_\_ amostras de sangue de suídeos para a obtenção de soro sanguíneo, abaixo identificadas, acobertando \_\_\_\_\_ matrizes, \_\_\_\_\_ reprodutores e um total efetivo de \_\_\_\_\_ suínos.

**IDENTIFICAÇÃO DOS ANIMAIS:**

Frasco	Ident. do animal	Sexo	Idade	Frasco	Ident. do animal	Sexo	Idade	Frasco	Ident. do animal	Sexo	Idade
01				21				41			
02				22				42			
03				23				43			
04				24				44			
05				25				45			
06				26				46			
07				27				47			
08				28				48			
09				29				49			
10				30				50			
11				31				51			
12				32				52			
13				33				53			
14				34				54			
15				35				55			
16				36				56			
17				37				57			
18				38				58			
19				39				59			
20				40				60			

**ATESTADO:**

Atestamos que os quantitativos colhidos foram devidamente lacrados com lacre nº \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO PARA ENVIO DOS RESULTADOS:**

Nome do Responsável:	Instituição:	Município:	UF:
Endereço:	CEP:	Tel.:	Fax:

**OBSERVAÇÕES:**

( aqui poderão ser relacionados os animais dos quais foram colhidas amostras para exame de sarna)

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico Veterinário Oficial

\_\_\_\_\_  
Responsável Técnico da Granja