|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Uma imagem contendo Texto  Descrição gerada automaticamente | **ATESTADO DE VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE**  **\*Fêmeas com registro genealógico** | **Nº SEQUENCIAL/ANO/MG:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/MG** |
| Atesto que foram vacinadas contra brucelose as bezerras da espécie bovina ou bubalina abaixo individualmente identificadas, de propriedade do (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na propriedade denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cadastrada no IMA sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , em Minas Gerais.   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Ordem | Nome | Identificação (Nº registro) | Raça | Idade (em meses) | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  | | 7 |  |  |  |  | | 8 |  |  |  |  | | 9 |  |  |  |  | | 10 |  |  |  |  |   Foram utilizadas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) doses da vacina amostra  B19 ou  RB51, produzida pelo laboratório \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partida nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fabricada em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e válida até \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  As vacinas foram adquiridas no estabelecimento (razão social ou CNPJ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizado no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com a nota/cupom fiscal nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no nome do (a)  Proprietário (a) ou  Méd. Veterinário cadastrado no IMA ou  Vacinador.  A vacinação das bezerras foi realizada em (dia/mês/ano) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sendo executada pelo  médico veterinário cadastrado no IMA emitente do documento ou  vacinador, de nome Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Data e Município da Emissão do Atestado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário Cadastrado no IMA *(\*)*  *(\*)contendo nome completo, CRMV MG e nº de cadastro no IMA para vacinação)* | | |
| *1ª Via – Proprietário; 2ª Via – Escritório Seccional do IMA; 3ª Via – Méd. Vet. Emitente (arquivar por 5 anos).* | | |
| **Data e nome do responsável pelo recebimento no IMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | |