|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** |