|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ATESTADO DE VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE | **Nº SEQUENCIAL/ANO/MG:**  \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/MG |
| Atesto que foram vacinadas \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) bezerras de 3 a 8 meses de idade da espécie bovina ou bubalina contra brucelose e marcadas com o algarismo \_\_\_\_\_, de propriedade do (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - código no IMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na propriedade denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , cadastrada no IMA sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, localizada no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , estado de Minas Gerais.  Foram utilizadas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_) doses da vacina amostra B19, 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** | | |