



INSTITUTO MINEIRO DE AGROPECUÁRIA – IMA
GERÊNCIA DA REDE LABORATORIAL – GRL
LABORATÓRIO DE SAÚDE ANIMAL – LSA

**Laboratório de
Diagnóstico
Sorológico**

NOMEAÇÃO DE PORTADOR PARA BRUCELOSE

Eu, _____,
(nome completo)

Médico Veterinário CRMV, _____ Nº _____ Habilitado sob nº _____,
(UF) (habilitação)

nomeio _____
(nome completo)

portador da C.I. nº _____ como portador de _____ amostras(s)
de sangue / leite, coletada(s) e identificada(s) por mim conforme a(s) requisição(ões) números(s)

Local e data: _____, ____ / ____ / _____

Médico Veterinário

(Assinatura e carimbo)