

Anexo III
RECEITUÁRIO PARA COMPRA DE VACINA CONTRA BRUCELOSE – AMOSTRA B19

MÉDICO VETERINÁRIO: _____
CADASTRO/ADERR-: _____ CRMV/RR: _____
TELEFONE: _____
NOME DO ESTABELECIMENTO: _____
Nº DO CREDENCIAMENTO JUNTO A ADERR: _____
MUNICÍPIO: _____
PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO: _____
PROPRIETÁRIO DOS ANIMAIS: _____
ENDEREÇO DA PROPRIEDADE: _____
MUNICÍPIO: _____
VACINA: B19 NÚMERO DE DOSES: _____ (_____).

LOCAL E DATA DA VACINAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO VETERINÁRIO
CARIMBO – CRMV/RR E Nº DE CADASTRO NA ADERR