

Em anexo: Certidão Negativa do CRMV-TO; comprovante de endereço e cópia da Carteira profissional

PARECER DO MÉDICO VETERINÁRIO DA ADAPEC RESPONSÁVEL PELA UVLE:

_____ ao cadastramento do Médico Veterinário solicitante porque _____

_____ DE _____ DE _____ LOCAL E DATA

_____ CARIMBO E ASSINATURA

PARECER DA COORDENADORIA DE SANIDADE ANIMAL:

_____ ao cadastramento do Médico Veterinário solicitante porque _____

_____ DE _____ DE _____ LOCAL E DATA

_____ CARIMBO E ASSINATURA

PREENCHER EM LETRA DE FORMA, A MAQUINA OU COM IMPRESSORA
3 vias: 1ª RT/PECEBT, 2ª Profissional, 3ª UVLE

ANEXO II
RELATÓRIO MENSAL DE VACINAÇÃO DE BRUCELOSE
IMUNÓGENO UTILIZADO: VACINA PRODUZIDA A PARTIR DA AMOSTRA B 19 DE BRUCELLA ABORTUS

ANO: _____ MES: _____ MUNICÍPIO: _____

Nº	PROPRIETÁRIO	PROPRIEDADE	BOV / BUB	Nº DO ATestado 3 A 6 MESES	NOME DO VACINADOR	OBS.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
TOTAL						

Local e data: _____ Assinatura: _____
Carimbo Méd. Vet. Cadastrado

ANEXO III
MODELO DE CARIMBO PARA SER UTILIZADO PELOS MÉDICOS VETERINÁRIOS CADASTRADOS NO ESTADO DE TOCANTINS PARA VACINAÇÃO, CONFORME PNCEBT

Nome do Médico Veterinário
CRMV/TO nº 0000
Cadastro PNCEBT/TO nº 0000

ANEXO IV
FICHA DE CADASTRAMENTO DE AUXILIARES DE VACINADORES PARA REALIZAR VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE

☐ INCLUSÃO ☐ EXCLUSÃO ☐ MODIFICAÇÃO DE ENDEREÇO ☐ RECADASTRAMENTO

1. MÉDICO VETERINÁRIO RESPONSÁVEL:

1.1. Nome _____ 1.2. Nº Cadastro PNCEBT/TO _____

1.3. Endereço Residencial _____ 1.4. Município _____ 1.5. UF _____

1.6. Endereço Eletrônico _____ 1.7. Fones de contato, fixo e celular () - () - _____

2. VACINADORES:

2.1.Ord.	2.2. Nome	2.3. RG	2.4. CPF	2.5.Data de Nascimento	2.6. Grau de Escolaridade
2.7. Endereço Residencial					
2.8. Município					2.9. UF
2.10. Endereço Eletrônico				2.11. Fones de contato, fixo e celular () - () -	
2.12. Município(s) onde atuará				2.13. Assinatura do vacinador	
2.14. Anexos:					

2.1.Ord.	2.2. Nome	2.3. RG	2.4. CPF	2.5.Data de Nascimento	2.6. Grau de Escolaridade
2.7. Endereço Residencial					
2.8. Município					2.9. UF
2.10. Endereço Eletrônico				2.11. Fones de contato, fixo e celular () - () -	
2.12. Município(s) onde atuará				2.13. Assinatura do vacinador	
2.14. Anexos:					

3. LOCAL E DATA, CARIMBO e ASSINATURA:
Declaro para os devidos fins que os vacinadores acima estão sob minha responsabilidade nos moldes estabelecidos pela legislação vigente

Local _____ Data _____ Carimbo e Assinatura _____

Três vias: 1ª RT/PECEBT 2ª Médico Veterinário Responsável 3ª GULE

ANEXO V
RECEITUÁRIO PARA COMPRA DE VACINA CONTRA BRUCELOSE – Amostra B19

MÉDICO VETERINÁRIO: _____

CADASTRO/ADAPEC-Nº: _____ CRMV/TO: _____

TELEFONE: _____ NOME DO ESTABELECIMENTO: _____

MUNICÍPIO: _____

PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO: _____

PROPRIETÁRIO DOS ANIMAIS: _____

ENDEREÇO DA PROPRIEDADE: _____

MUNICÍPIO: _____

VACINA: B19 NÚMERO DE _____

DOSES: _____ (_____)

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO VETERINÁRIO
CARIMBO – CRMV/TO E Nº DE CADASTRO NA ADAPEC

ANEXO VI

ADAPEC TOCANTINS
Atestado de Vacinação contra a Brucelose

Nº _____

ATESTADO DE VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE
SÉRIE C

Atesto que foram vacinadas _____ (_____) bezerras
bovinas ☐ ou bubalinas ☐
contra brucelose e marcadas com V _____, de propriedade do(a) Sr(a).
_____ na
propriedade _____, localizada no município de
_____, U.F. _____.

A vacina utilizada foi a B19, do laboratório _____,
partida n.º _____, fabricada em _____ e com validade até
_____. Nota Fiscal Nº _____, Total de doses na Nota
Fiscal _____, adquirida no(a) _____.

no município de _____.

Nome do vacinador: _____

_____ de _____ de _____
Local e data de vacinação

Assinatura e carimbo do Méd. Veterinário

(Preencher em 3 vias – 1ª via criador; 2ª via unidade local; 3ª via emitente)

ANEXO VII
ADAPEC TOCANTINS
Atestado de Vacinação contra a Brucelose

SÉRIE _____ A _____ Nº _____

ATESTADO DE VACINAÇÃO CONTRA BRUCELOSE

Atesto que foram vacinadas _____ (_____) bezerras
bovinas _____ e bubalinas _____, contra brucelose, de propriedade do(a) Sr(a).
_____ na propriedade _____, localizada no município de _____, U.F. _____.

A vacina utilizada foi a B19, do laboratório _____, partida n.º _____, fabricada em _____ e com validade até _____, adquirida no
_____. (Nome do estabelecimento revendedor)
no município de _____, U.F. _____.

N.º Ord.	ID	Número	Nome	Idade (meses)	Raça
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					

Na identificação dos animais (ID), antes do número colocar: "B", quando for brinco; "F", quando for marca a fogo; "C", quando colar; e "R", quando registrado.

Nome do Vacinador: _____ de _____ de _____
Local e data de vacinação

Assinatura e carimbo do Méd. Veterinário

(Preencher em 3 vias – 1ª via criador; 2ª via unidade local; 3ª via emitente)