



LaborCare

Centro de Apoio Diagnóstico Veterinário

Requisição: Avaliação de anticorpos anti-rábicos em amostras de soros de animais

REMETENTE: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP _____

FONE / FAX: () _____ RAMAL _____

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL

ESPÉCIE: _____ NOME DO ANIMAL: _____

RAÇA : _____ SEXO: _____ COR: _____ IDADE: _____

N ° MICROCHIP: _____

PROCEDÊNCIA DO ANIMAL

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____

FONE: () _____

CIDADE: _____ CEP: _____ ESTADO: _____

DATA DE COLETA DO SORO

EM: ____ / ____ / ____

HISTÓRICO DA VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA

ANIMAL VACINADO ANUALMENTE? ()SIM ()NÃO

DATA DA PRIMEIRA VACINAÇÃO: _____

NÚMERO DE DOSES ATÉ O MOMENTO: _____

DATA DA ÚLTIMA VACINAÇÃO: _____

TIPO DE VACINA: _____

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: _____

ENDEREÇO PARA ENVIO DE AMOSTRA: ALAMEDA SANTOS, 416 - CERQUEIRA CÉSAR
SÃO PAULO / SP – CEP: 01418-000