



RECEITUÁRIO PARA COMPRA DE VACINA CONTRA BRUCELOSE

Nº SEQUENCIAL/ANO:

_____/____

Nome Médico veterinário: _____.

Nº de cadastro no IMA : _____ e no CRMV- MG _____.

Endereço e telefone para contato: _____.

Vacina: Amostra B19 Amostra RB51

Número de doses: _____ (_____).

Local (município) e data de emissão do Receituário:

Assinatura, Nº do CRMV/MG e
Carimbo do Médico Veterinário Cadastrado no IMA

1ª Via – Interessado (retida no estabelecimento comercial); 2ª Via – Méd. Vet. Emitente (arquivar por 5 anos).