Maria Silva
Médica Veterinária - CRMV PA 0000
Habilitação ADEPARÁ – 000/00/0000

ATESTADO DE REALIZAÇÃO DE TESTES DE BRUCELOSE E TUBERCULOSE

PROPRIETÁRIO: JOÃO SILVA CPF: 000.000.000-00	PROPRIEDADE: FAZENDA EXEMPLO	Insc. Estadual:
Município: MUNICÍPIO - PA	Estado: **PARÁ**	Nº Certificado: 000000000

Total de Animais testados: 12	Regime de Criação: **SISTEMA EXTENSIVO**	Espécie Animal: **BOVINA**

Motivo do Teste: (X) **Trânsito** ( ) **Aglomeração** ( ) **Certificação de propriedade livre** ( ) **Outro**

N° de Testes para Brucelose: 12	Data da Colheita: **10/09/2026**	Data do Teste: **11/09/2026**
N° de Testes para Tuberculose: 12	Data de Inoculação: **10/09/2026**	Data de Leitura: **13/09/2026**

Produto:	Laboratório:	Partida:	Data de Fabricação:	Validade:
ANTIGENO ACIDIFICADO TAMPONADO	**LABORATÓRIO EXEMPLO**	**0000**	**01/09/2025**	**01/09/2027**
TUBERCULINA PPD BOVINA	**LABORATÓRIO EXEMPLO**	**0000**	**01/09/2025**	**01/09/2027**

Identificação do Animal	Sexo	Idade	Raça	Resultado Brucelose			Resultado Tuberculose			Destino dos Reagentes
				AAT	2-ME	FC	TCS [1]	TCC [2]	TPC [3]	
1	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
2	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
3	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
4	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
5	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
6	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
7	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
8	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
9	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
10	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
11	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********
12	**FÊMEA**	**+ 36 meses**	**NELORE**	**Negativo**	**********	**********	**Negativo**	**********	**********	**********

LOCAL E DATA: MUNICÍPIO - PA **10/09/2026**	Exame válido até: **09/11/2026** (60 dias da data de colheita ou inoculação)

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário MARIA SILVA	CRMV Nº: **0000**	Habilitação Nº: **000/00/0000**

[1] TCS - TESTE CERVICAL SIMPLES [2] TCC - TESTE CERVICAL COMPARATIVO [3] TPC - TESTE DA PREGA CAUDAL