|  |
| --- |
| **CLIENTE** |
| Empresa:       | Telefone Fixo:       |
| Departamento:       | E-mail:       | Telefone Celular:       |
| Endereço:       | CNPJ:       | Solicitante:       |
|  |  |  |
| Cidade:       | Estado:       | CEP:       |
| **TIPO DE ANÁLISE** |
|  [ ]  Sorotipificação Completa (White-Kauffmann and Le Minor Scheme)  [ ]  Sorotipificação PNSA-IN 20 (Portaria 126 MAPA)  [ ]  Sorotipificação de Salmonella IN161 (ISO 6579-3:2014) [ ]  Identificação molecular (PCR-Real Time) de *Salmonella* sorotipo Typhimurium [ ]  PACOTE Tipificação molecular de Salmonella Gallinarum e S. Pullorum [ ]  Tipificação molecular de Salmonella (S. Enteritidis , S. Typhimurium, S. Gallinarum, S. Pullorum, S. Heidelberg, S. Mbandaka, S. Minnesota, S. Senftenberg, S. Cerro, S. Schwarzengrund, S. Infantis e S. Agona). |

|  |
| --- |
| **AMOSTRA** |
| **QUANTIDADE** | **IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA** | **ORIGEM** | **HISTÓRICO E/OU OBSERVAÇÃO** |
| 01  |       |       |       |
| 02 |       |       |       |
| 03 |       |       |       |
| 04  |       |       |       |
| 05 |       |       |       |
| 06  |       |       |       |
| 07  |       |       |       |
| 08  |       |       |       |
| 09  |       |       |       |
| 10  |       |       |       |
| 11 |       |       |       |
| 12 |       |       |       |
| 13 |       |       |       |
| 14 |       |       |       |
| 15 |       |       |       |
| 16 |       |       |       |
| 17 |       |       |       |
| 18 |       |       |       |
| **ORIENTAÇÃO PARA ENVIO DA AMOSTRA****Enviar ao laboratório amostras de culturas isoladas em:**1. **Placas de Petri com meio de cultura, embaladas individualmente em saco plástico bem fechado. A borda da placa deve ser vedada com parafilm e/ou fita adesiva para evitar vazamento de liquido da possível condensação da placa.**
2. **Tubo com meio de cultura, preferencialmente com tampa de rosca e embalado individualmente em saco plástico bem fechado. Quando com tampa, mas sem rosca deve-se vedar a tampa com parafilm de forma a evitar abertura e vazamento.**

**Amostras recebidas que não estiverem de acordo com as orientações acima, não serão processadas e o cliente será notificado.** |

|  |
| --- |
| DADOS PARA PAGAMENTO |
| Razão Social:      | CNPJ:       | I.E:       |
| Endereço:       | Telefone Fixo:       | Telefone Celular:       |
| Cidade:       | Estado:       | CEP:       |
| Forma de Pagamento | [ ] Boleto | [ ] À vista | [ ] Outra | Email:       |