

|  |
| --- |
| **RECEBIMENTO DE VACINAS CONTRA BRUCELOSE** |
| **MUNICÍPIO:** |  | **USAV:** |  | **REGIONAL:** |  |
| **NOME DE FANTASIA:** |  | **RAZÃO SOCIAL:** |  |
| **REGISTRO NO MAPA:** |  | **CADASTRO NA ADAPI:** |  |
| **Técnico ADAPI-Responsável pelo recebimento:** |  | **DATA DO RECEBIMENTO:** |  |
|  |
| **Distribuidor** | **Município/UF do distribuidor** | **Laboratório** | **Nº Partida** | **Tamanho do frasco** | **Nº de Doses** | **Nº Nota Fiscal** | **Data vencimento** | **Observações** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TOTAL DE DOSES RECEBIDAS:** |  |  |
|  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Responsável pela Revenda Assinatura do Técnico da ADAPI

 Anexar cópias das Notas Fiscais correspondentes 1ª via – USAV (fax - PECEBT); 2ª via – Estabelecimento; 3ª Via – EAC;