

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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;