**Ao Protocolo para recepção de documentos e captura para o Sistema Eletrônico de Informações - SEI**

**Tipo de Processo:** *PRODUTO VETERINÁRIO 023: Relatório de Fabricação Vacina Autógena*

**Especificação:** *(Razão Social Do Estabelecimento Fabricante Da Vacina)*

**Classificação:** *320.62 – PRODUTOS DE USO VETERINÁRIO*

**Interessado:** *DIGITE A RAZÃO SOCIAL DO ESTABELECIMENTO , UF-99999-9, (informar o nº do registro do estabelecimento)*

**Destino:** Escolher um item.

**Endereço eletrônico:** *informar apenas um e-mail*

**Nº Processo anterior (se houver):** *digite o número do processo*

**Outras informações – Empresa:** *destinado a empresa para inserção de outras informações necessárias*

**RELATÓRIO TRIMESTRAL DE PRODUÇÃO DE VACINAS AUTÓGENAS – PRODUTOS VETERINÁRIOS**

À Superintendência Federal de Agricultura - Escolher um item.

|  |
| --- |
| **DADOS DO FABRICANTE DA VACINA AUTÓGENA** |
| **Nome empresarial/Nome:**       |
| **CNPJ****:** 99.99.999/9999-99**:**       |
| **Cidade:**       | **UF:** UF |
| **Nº de Registro do estabelecimento no MAPA:** **UF-99999-9** |
| **Endereço:**       |

*O Fabricante, acima identificado, em atendimento ao item 4, Capítulo VII do Regulamento Técnico para Produção, Controle e Emprego de Vacinas Autógenas (IN 31 de 20 de maio de 2003) APRESENTA O RELATÓRIO DE FABRICAÇÃO DE VACINA AUTÓGENA referente ao período de Ex: 4º trimestre/2018*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACINA | PARTIDA INTERNA | DATA DA FABRICAÇÃO | DATA DO VENCIMENTO | Nº DE DOSES | PROPRIEDADE A QUE SE DESTINA | Nº DE ANIMAIS | ID SEMENTE | Nº DO DOCUMENTO DE AUTORIZAÇÃO |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |
| *Nome VACINA* |       | dd/mm/aaaa | dd/mm/aaaa |       |       |       |       |       |

**Município / UF, em 11/12/2018**

"Identificação, assinatura e CRMV do Responsável Técnico"