



TERMO DE CESSÃO DE DOSES DE VACINA CONTRA FEBRE AFTOSA

Versão: 20/04/2017

_____,
CPF/CNPJ _____, RG _____ Órgão expedidor _____,
Declaro que no dia ____/____/_____, cedi _____ doses de vacina,
Laboratório _____, Partida _____, Validade _____
constantes da Nota Fiscal N° _____ adquiridas na Revenda
_____, código no SVO N° _____,
ao Sr.(a) _____
CPF _____ RG _____ Órgão expedidor _____,
Propriedade _____,
Município _____,
para vacinação de seus animais, referente à Campanha _____
_____.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Proprietário da Exploração Pecuária

Assinatura do Representante Legal

Campo reservado à ADAB

Carimbo e Assinatura do Servidor
