



divisão

Biotecnologia

Ciência em Benefício da Vida

Aves de Estimação

## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO/ENVIO DE EXAMES

Os serviços executados pelo São Camilo - Biotecnologia estão sujeitos aos Termos & Condições de Serviço que são partes integrantes deste contrato. Para obter uma cópia destes termos e informações a respeito dos métodos empregados nos testes, amostras biológicas necessárias e preço dos exames, por favor entre em contato conosco ou acesse [www.scbiotech.com.br](http://www.scbiotech.com.br).

## Seção I: Informações do Solicitante

Nome: (letra legível) \_\_\_\_\_  
Empresa: (se necessário) \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone 1: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Telefone 2: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## Seção II: Informações das amostras

Tipo de amostra:	Dados do Plantel:	Dados em caso de ave individual:	Sexo:
<input type="radio"/> Plantel	Nº de Aves: _____ Espécies: _____	Identificação: _____	Macho <input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ave individual	_____	Idade: _____	Fêmea <input type="radio"/>
		Espécie: _____	

## Suspeita:

## Histórico / Sintomas:

## Observações:

## Exames solicitados:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Pannel Aviário Geral                               | <input type="radio"/> Doença de Bico e Penas Ultrassensível    | <input type="radio"/> Micoplasmoses Aviárias                                |
| <input type="radio"/> Pannel Respiratório Aviário                        | <input type="radio"/> Colibacilose ( <i>E. coli</i> sp, PCR)   | <input type="radio"/> <i>E. coli</i> O157:H7                                |
| <input type="radio"/> Pannel de Triagem de Psitacídeos                   | <input type="radio"/> Salmonelose Ultrassensível               | <input type="radio"/> Leucose/Sarcoma - subgrupos exógenos A,B,C,D,J        |
| <input type="radio"/> Pannel Zoonoses Aviárias (Proteção para a Família) | <input type="radio"/> Detecção e Genotipagem de <i>E. coli</i> | <input type="radio"/> Leucose Mielóide - subgrupo J                         |
| <input type="radio"/> Exame para Coccidiose (Pesquisa Direta, Isosporas) | <input type="radio"/> Pulorose Ultrassensível                  | <input type="radio"/> Genotipagem de Salmonelas Entéricas                   |
| <input type="radio"/> Coccidiose Ultrassensível (Eimerias)               | <input type="radio"/> Tifo Aviário                             | <input type="radio"/> Genotipagem de Salmonelas Aviárias                    |
| <input type="radio"/> Exame Coccidiose PLUS (Eimerias + Isosporas)       | <input type="radio"/> Doença de Pacheco Ultrassensível         | <input type="radio"/> Genotipagem de Salmonelas PLUS (Aviárias + Entéricas) |
| <input type="radio"/> Genotipagem de Coccidiose (Eimerias)               | <input type="radio"/> Aspergilose Ultrassensível               | <input type="radio"/> Complexo Tuberculose Aviária                          |
| <input type="radio"/> Parasitológico completo (EPF) - Exame de Fezes     | <input type="radio"/> Poliomiavírose Ultrassensível            | <input type="radio"/> Giardiase   |
| <input type="radio"/> Necropsia de Aves                                  | <input type="radio"/> <i>Mycoplasma</i> sp.                    | <input type="radio"/> Cultura e Antibiograma                                |
| <input type="radio"/> Clamidiose Ultrassensível (Psitacose)              | <input type="radio"/> <i>Mycoplasma synoviae</i>               | <input type="radio"/> Outros: _____   |
|  | <input type="radio"/> <i>Mycoplasma galisepticum</i>           |   |

## Seção III: Informações sobre o pagamento

Valor: R\$ \_\_\_\_\_ Pagamento por:  Depósito Bancário  Cheque nominal  
Dados do Depósito Bancário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_ Nº Controle: \_\_\_\_\_  
# Enviar cópia do comprovante de depósito anexo.

DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL AG. 3178 - C/C 19-3 - OPERAÇÃO 03 BANCO DO BRASIL / UNICRED AG. 3407-X - C/C 78.328-5

## Seção IV: Termo de Responsabilidade

Declaro por meio desta, que as informações contidas neste formulário e nas amostras biológicas que o acompanham, são completas e verdadeiras, assumindo todas as responsabilidades cíveis e criminais pelas mesmas. Certifico também que as amostras foram coletadas e identificadas corretamente. Eu entendo que os resultados dos testes e a documentação gerada serão fornecidos exclusivamente para mim, a menos que eu autorize por escrito a entrega destes a terceiros. Da mesma forma, comprometo-me a solicitar por escrito, qualquer alteração dos dados constantes nestes formulários ou nas amostras de exames que o acompanham.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Av. Carlos Correia Borges, 851 | CEP 87015-170 | Maringá | Paraná | Telefone: (44) 3029 9660  
[www.scbiotech.com.br](http://www.scbiotech.com.br) | [atendimento@scbiotech.com.br](mailto:atendimento@scbiotech.com.br) | [biotecnologia@laboratoriosocamillo.com.br](mailto:biotecnologia@laboratoriosocamillo.com.br)

Outras divisões do Grupo São Camilo

Análises Clínicas

Apoio a Laboratórios

Análises de Veterinária

Anatomia Patológica e Citopatologia

Alimentos e Água

Diagnóstico por Imagem  
Medicina Nuclear - Cintilografia