

Formulário para solicitação de Exames pelo DNA

Unigen Tecnologia do DNA Ltda.

Rua Dr. Zuquim, 1720, cj. 4 - Santana
S. Paulo - SP - Brasil - CEP 02035-022
Fone/Fax: (11) 2979-1528/2950-7296

www.unigen.com.br email: unigen@unigen.com.br



Solicitante: _____ Data: _____

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ Fax: () _____

Email: _____ CPF/CNPJ: _____

Ass: _____ Solicitação _____

(RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO)

(USO DO LABORATÓRIO)

| Nº | Proprietário | Nº Unigen | Nome Científico | Identificação da Ave | | U | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | Tipo de amostra: Sangue, Penas, Fezes, Órgãos, etc. | |
|----|--------------|-----------|-----------------|------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| | | | | nome ou apelido da ave | anilha ou microchip | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sexagem por Sangue | <input type="checkbox"/> 13 Mycoplasma gallisepticum |
| <input type="checkbox"/> 2 Sexagem por Pena | <input type="checkbox"/> 14 Mycoplasma synoviae |
| <input type="checkbox"/> 3 Paternidade ou Maternidade | <input type="checkbox"/> 15 Bronquite Infecciosa |
| <input type="checkbox"/> 4 Consangüinidade | <input type="checkbox"/> 16 Doença de New Castle |
| <input type="checkbox"/> 5 Banco de DNA | <input type="checkbox"/> 17 Doença de Marek |
| <input type="checkbox"/> 6 Chlamydia psittaci | <input type="checkbox"/> 18 Doença de Gumboro |
| <input type="checkbox"/> 7 Salmonella sp | <input type="checkbox"/> 19 Mix Saúde Pena (Dç. Bico e Penas, Poliomavírose) |
| <input type="checkbox"/> 8 Doença de Pacheco | <input type="checkbox"/> 20 Mix Saúde Ave (Clamidiose, Salmonelose, Dç. de Pacheco) |
| <input type="checkbox"/> 9 Doença do Bico e das Penas | <input type="checkbox"/> 21 Mix Soltura (Clamidiose, Salmoelose, Dç. New Castle) |
| <input type="checkbox"/> 10 Polimavírus | <input type="checkbox"/> 22 Mix Zoonose (Clamidiose, Salmonelose) |
| <input type="checkbox"/> 11 Poxvírus | <input type="checkbox"/> 23 Mix Escolha (Preencher 03 doenças que podem ser feitas nas fezes): |
| <input type="checkbox"/> 12 Mycoplasma sp | |



Gostaria de receber mais kits de coleta?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Quantos kits para Sexagem pelo DNA (Sangue)? | <input type="checkbox"/> Quantos kits para testes das doenças? |
| <input type="checkbox"/> Quantos kits para Sexagem pelo DNA (Penas)? | <input type="checkbox"/> Quantos kits para Paternidade ou Consanguinidade? |

Forma de Pagamento

Cheque Depósito Dinheiro Boletão

Valor: _____ N° Cheque _____

Ver forma de pagamento nos guias de coleta UNIGEN

OBS.: RESULTADOS SERÃO ENTREGUES APÓS COMPROVAÇÃO DE PAGAMENTO