ATESTADO SANITÁRIO PARA VISITA PET HOSPITALAR E TERAPIA ANIMAL ASSISTIDA - TAA

1. **RESPONSÁVEL/ACOMPANHANTE DO ANIMAL**	**CPF:**	**RG:** .
Nome Completo		
Endereço Completo		
Cidade	Estado	Telefone

2. **IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL**		
Espécie ☐ Felina ☐Canina ☐ Lagomorfo ☐ Roedor	Sexo ☐ Fêmea ☐Macho	Raça
Tamanho/Porte (somente para cães) ☐ Miniatura ☐ Pequeno ☐ Médio ☐ Grande ☐ Gigante		
Data de nascimento	Pelagem (cor e tipo)	
Número do microchip (se presente)	Localização do microchip (se presente)	

3. **VACINAÇÃO Antirrábica, Giardia,** *Bordetella bronchiseptica* **e Polivalente (V10) ou similar)**		☐ OK
A vacinação anti-rábica é exigida para cães e gatos acima de 90 dias de idade. Anexar o cartão de vacinação do animal.		
4. Controle de Cultura e Antibiograma para TAA	☐ OK Anexar cópia em caso de TAA	☐ Não se aplica

5. **DECLARAÇÃO DO MÉDICO VETERINÁRIO**	
Declaro que o animal acima identificado foi por mim examinado, possui higidez clínica, vermifugação e controle de ectoparasitas assegurados, mantém calendário vacinal atualizado (segundo Guia WSAVA), não utiizou antibióticos por um período mínimo de 2 semanas antecedentes à visita; tem relação prévia com o paciente, apresenta comportamento dócil com outras pessoas, e está acostumado a sair do ambiente domiciliar.	
Médico Veterinário Emitente	
CRMV nº	Data
ASSINATURA E CARIMBO	

Este atestado é válido por 10 dias.

Observação: Outros animais de companhia somente poderão ser transportados com a Guia de Trânsito Animal – GTA (Instrução Normativa n. 18 de 18/07/2006 do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, publicado no D.O.U. de 20/07/2006).