**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**CENTRO DE CONTROLE DE ZOONOSES**

**LABORATÓRIO DE ZOONOSES E DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES**

***Requisição: Avaliação de anticorpos antivírus da raiva em amostra de Soro Animal***

**REMETENTE**: Clique para digitar

**CPF**: Clique para digitar  **CNPJ:** Clique para digitar

**EMAIL**: Clique para digitar **FONE**: Clique para digitar

**ENDEREÇO**: Clique para digitar

**BAIRRO**: Clique para digitar **CIDADE**:Clique digitar

**CEP**: Clique para digitar  **ESTADO**: Escolher

**IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL**

**NOME DO ANIMAL**: Clique para digitar

**ESPÉCIE**: Escolher **RAÇA:** Clique para digitar

**SEXO**: Escolher **COR**: Clique para digitar **IDADE**: Clique para digitar

**ATENÇÃO: O microchip é composto por 15 algarismos!!**

**MICROCHIP:** Clique para digitar

**PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL**: Clique para digitar

**EMAIL**: Clique para digitar **FONE**: Clique para digitar

**ENDEREÇO**: Clique para digitar

**BAIRRO**:Clique para digitar  **CIDADE**: Clique para digitar

**CEP**: Clique para digitar **ESTADO**: Escolher

**HISTÓRICO DE VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA**

**ANIMAL VACINADO ANUALMENTE?** Escolher **DATA DA PRIMEIRA VACINAÇÃO**: data

**DATA DA ÚLTIMA VACINAÇÃO**: data

**DATA DE COLETA DO SORO**: data

É NECESSÁRIO DEFINIR ENDEREÇO PARA ENVIO DE**: BOLETO** Escolher **LAUDO:** Escolher

Declaro que as informações acima foram conferidas por mim e estou ciente de que nenhuma alteração será efetuada no Laudo.

**Data**: Escolher

VETERINÁRIO(A) RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

(Assinatura, Carimbo, CRMV)

**Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA**

**Gerência do Centro de Controle de Zoonoses – CCZ**

Rua Santa Eulália, 86 – Santana – São Paulo – SP – CEP 02031-020

[www.prefeitura.sp.gov.br/covisa](http://www.prefeitura.sp.gov.br/covisa)

**Fone: (0xx11) 3397-8945/8953 Fax: (0xx**

**11) 3397-8997**