



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSES
LABORATÓRIO DE ZOOSES E DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES



Requisição: Avaliação de anticorpos antivírus da raiva em amostra de Soros de animais

REMETENTE: _____

CPF: _____ CNPJ: _____

E-MAIL: _____ FONE: () _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ ESTADO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL

NOME DO ANIMAL: _____

ESPÉCIE: _____ RAÇA: _____

SEXO: _____ COR: _____ IDADE: _____

Nº MICROCHIP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATENÇÃO: O microchip é composto por 15 algarismos

PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL: _____

CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ ESTADO: _____

E-MAIL: _____ FONE: () _____

HISTÓRICO DE VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA: ANIMAL VACINADO ANUALMENTE? SIM () NÃO ()

DATA DA PRIMEIRA VACINAÇÃO: ____/____/____ DATA DA ÚLTIMA VACINAÇÃO: ____/____/____

DATA DA COLETA DO SORO: ____/____/____

É NECESSÁRIO DEFINIR ENDEREÇO PARA ENVIO DE: BOLETO: () REMETENTE () PROPRIETÁRIO
LAUDO : () REMETENTE () PROPRIETÁRIO

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

Data: ____/____/____

VETERINÁRIO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO
(Assinatura, Carimbo, CRMV)