



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)