



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

**VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO**

**TERMO DE COMPROMETIMENTO E CIÊNCIA DO  
TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTIRRÁBICO HUMANO**

<b>CRS:</b>	<b>UVIS:</b>
<b>Unidade de Atendimento:</b>	
<b>Endereço:</b>	<b>Telefone:</b>

Declaro que fui encaminhado(a) para tratamento profilático antirrábico por ter tido contato de risco com animal potencialmente transmissor da raiva, fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de tratamento oportuno para a prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias \_\_\_\_\_  
no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)  
NOME/RG



Prefeitura de São Paulo  
Secretaria Municipal da Saúde  
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

**VIA UNIDADE DE ATENDIMENTO**

**TERMO DE COMPROMETIMENTO E CIÊNCIA DO  
TRATAMENTO PROFILÁTICO ANTIRRÁBICO HUMANO**

<b>CRS:</b>	<b>UVIS:</b>
<b>Unidade de Atendimento:</b>	
<b>Endereço:</b>	<b>Telefone:</b>

Declaro que fui encaminhado(a) para tratamento profilático antirrábico por ter tido contato de risco com animal potencialmente transmissor da raiva, fui orientado(a) sobre a gravidade e a mortalidade da doença e a necessidade de tratamento oportuno para a prevenção da mesma.

Retornar para tratamento nos dias \_\_\_\_\_  
no endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (1)  
NOME/RG

\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA (2)  
NOME/RG