

**FORMULÁRIO****ATESTADO DE SAÚDE PARA VISITA EM AMBIENTE HOSPITALAR**

CÓD. DOCUMENTO: FRM.8.01.01.030

VERSÃO: 000

SETOR: INSTITUCIONAL - GERAL

**1. IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO**

Nome completo:

CPF/ RG:

Telefone:

Endereço:

Cidade:

UF:

**2. IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL**

Nome:

Data de nascimento:

Espécie:

Sexo:

Porte:

Raça:

Pelagem:

**3. VACINAS****ANTIRRÁBICA**

Laboratório	Nome comercial	Data da aplicação	Validade da vacinação	Nº do lote

**POLIVALENTE**

Laboratório	Nome comercial	Data da aplicação	Validade da vacinação	Nº do lote

**4. INFORMAÇÕES SANITÁRIAS**

Atesto para os devidos fins que o animal acima identificado, foi por mim examinado, está em boas condições de higiene e clinicamente sadio, não apresenta sinais de doenças infectocontagiosas e parasitárias, inclusive livre da presença de miíases, sinais de infecção ou presença de vômito, diarreia, lesões de pele, secreção abundante em nariz, orelhas ou olhos ou prurido excessivo, portanto está apto para a visita em ambiente hospitalar e para o contato com o paciente.

**5. TRATAMENTO ANTIPARASITÁRIO****ANTIPARASITÁRIO INTERNO**

Data de aplicação	Laboratório	Nome comercial	Princípio(s) ativo(s)

**ANTIPARASITÁRIO EXTERNO**

Data de aplicação	Laboratório	Nome comercial	Princípio(s) ativo(s)

**6. INFORMAÇÕES ADICIONAIS** (Inutilizar este campo caso não seja necessário)

Município/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CRMV n°: \_\_\_\_\_

Médico Veterinário