

EXAME DE TITULAÇÃO DE ANTICORPOS NEUTRALIZANTES PARA RAIVA

(Transporte de cães, gatos e furões para a União Europeia)

Preenchimento obrigatório

Laboratório:

Código do convênio: Solicitante:

Méd. Vet. solicitante:
(resp. pela coleta)

E-mail:
(do Médico Veterinário Solicitante)

Nome do animal:

Canino Felino Furão Sexo: Macho Fêmea Idade/Anos: Meses:

Raça:

N° microchip/tatuagem: **Favor conferir com atenção!**
O microchip deverá ser implantado antes da vacinação.

Tutor ou responsável:

Email do tutor:

Telefone do tutor: -

Data de coleta do sangue: ____/____/____

Histórico da vacinação anti-rábica

Número de doses até o momento: ____ Data da última vacinação: ____/____/____

Nome da vacina:

Lote:

Motivo da solicitação: _____

Preenchimento somente do TECSA Laboratórios:

Registro:

Veterinário responsável pela solicitação
(Assinatura, carimbo e CRMV)

TERMO DE RESPONSABILIDADE
Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas.



(31) 3281-0500



Agendamento de Coletas:
(31) 99156-0580



Assessoria Veterinária:
(31) 98488-2599



sac@tecsa.com.br



www.tecsa.com.br