

FAÇA A VERIFICAÇÃO DE SUA IMPRESSÃO

CE.EU.CO.GA.FU.PT.GB.JAN.22.CVC

Parte II: Certificação/ Part II: Certification			
PAÍS/ COUNTRY: BRASIL/ BRAZIL	Modelo de Certificado/ Certificate model: CANIS-FELIS-FERRETS		
II. Informações sanitárias/ Health information	II.a. Referência do certificado/ Certificate reference	II.b. Referência IMSOC/ IMSOC reference	
<p>(2) quer/ (2) or [II.6. os cães não foram tratados contra a infestação por Echinococcus multilocularis.] / [II.6. the dogs have not been treated against infestation with Echinococcus multilocularis.]</p> <p>(2) quer/ (2) or [II.6. os cães destinam-se a entrada direta no Estado-Membro de destino para serem isolados num: / [II.6. the dogs are destined for direct entry into the Member State of destination to be isolated in:</p> <p>(1) quer/ (1) either [estabelecimento confinado.]] / [a confined establishment.]]</p> <p>(1) quer/ (1) or [estabelecimento de quarentena aprovado.]] / [an approved quarantine establishment.]]</p> <p>(2) quer/ (2) either [II.6. a remessa inclui cães destinados a um Estado-Membro enumerado no anexo do Regulamento de Execução (UE) 2018/878 da Comissão e esses cães foram tratados contra a infestação por Echinococcus multilocularis, e os pormenores do tratamento administrado pelo veterinário, em conformidade com o anexo XXI, ponto 2, do Regulamento Delegado (UE) 2020/692 (10)(11), estão indicados no quadro seguinte: / [II.6. the consignment includes dogs destined for a Member State listed in the Annex to Commission Implementing Regulation (EU) 2018/878 and these dogs have been treated against infestation with Echinococcus multilocularis, and the details of the treatment carried out by the administering veterinarian in accordance with point 2 of Annex XXI to Delegated Regulation (EU) 2020/692 (10)(11) are provided in the table below:</p>			
Transpônder ou tatuagem. Código alfanumérico do cão/ Transponder or tattoo. Alphanumeric code of the dog	Tratamento anti-Echinococcus/ Anti-Echinococcus treatment		Veterinário que administrou o tratamento/ Administering veterinarian
	Nome e fabricante do medicamento / Name and manufacturer of the product	Data [dd/mm/aaaa] e hora do tratamento [00:00]/ Date [dd/mm/yyyy] and time of treatment [00:00]	Nome em maiúsculas, assinatura e carimbo/ Name in capitals, stamp and signature
Observações/ Observations:			
Veterinário Oficial/ Official veterinarian:			
Nome (em maiúsculas)/ Name (in capital letters): Veterinário 1			
Data/ Date: 09/10/2022		Cargo e título/ Qualification and title: AUDITOR FISCAL FEDERAL AGROPECUÁRIO	
Assinatura/ Signature: Documento assinado eletronicamente. Verifique a autenticidade pelo QR code ou conforme as instruções na lateral./ Document signed electronically. Check authenticity by QR code or according to the instructions on the side.			

1- IMPRESSÃO DEVE SER FEITA COM BOA RESOLUÇÃO

2- IMPRESSÃO FRENTE/VERSO DA FOLHA DE PREFERÊNCIA

3- ESTAS LINHAS VERTICAIS DEVEM ESTAR IMPRESSAS EM TODAS AS PÁGINAS DO CERTIFICADO

4- TODAS AS PÁGINAS DEVEM ESTAR NUMERADAS

5- ASSINATURA DIGITAL DO MÉDICO VETERINÁRIO OFICIAL DEVE ESTAR LEGÍVEL E INTEIRA NO RODAPÉ DIREITO DA ÚLTIMA PÁGINA