

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

(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.]

(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:]

quer/ (1) either [estabelecimento confinado.] / [a confined establishment.]

(1) quer/ (1) or [estabelecimento de quarentena aprovado.] / [an approved quarantine establishment.]

(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 those 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:]

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

Veterinário 1

Data/ Date:
09/10/2022

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 ESQUERDO DA ÚLTIMA PÁGINA

Digitally signed by MARLENE
BICHLER:08256471859
Date: 2022.10.09 16:33:59 -03:00
Reason: MARLENE
BICHLER:08256471859

11/11

Este documento foi assinado digitalmente. As informações sobre a(s) assinatura(s) estão na última página deste documento.
Se impresso, para conferência acesse o site <https://mpdg-hom-orgaoa.lecom.com.br/bpm/app/public/consultaDocumentos> e informe o código: 3101-0205-2056-2735