



MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO
Secretaria de Defesa Agropecuária – SDA
Sistema de Vigilância Agropecuária Internacional – VIGIAGRO

TC-IAC

TERMO DE COMPROMISSO NO INGRESSO DE ANIMAIS DE CIA Nº _____/20__

Termo firmado em consonância com Decreto nº 24.548/34 Decreto nº 5.741/06 IN nº 5/13; IN nº 39/17 ; IN nº 54/13 e Decreto 7.140/10

DAT:	Meio de Transporte:	Veículo Transportador/Voo:	Origem:	Data:

1 - Identificação do Proprietário/ Tutor

Nome completo:			
RG/CPF:		Passaporte:	
Telefone fixo:		Celular:	
Endereço Completo:			
E-mail:			

2. Identificação do Animal (cão/ gato)

Nome:		Data de nascimento:	
Espécie:		Sexo:	
Microchip:		Raça:	
		Pelagem:	
Endereço isolamento:			

3. Identificação do Médico Veterinário:

Nome completo:			
CRMV/UF:		Telefone fixo:	
E-mail:		Celular:	
Endereço:			

4. Medida imposta pelo AFFA no Ponto de Ingresso:

<input type="checkbox"/>	Deverá ter sua Saúde atestada por médico veterinário particular.
<input type="checkbox"/>	Deverá ser aplicada vacina antirrábica.
<input type="checkbox"/>	Deverá ser feito tratamento parasitário interno de amplo espectro.
<input type="checkbox"/>	Deverá ser feito tratamento parasitário externo de amplo espectro.
<input type="checkbox"/>	Deverá ficar isolado de outros animais suscetíveis a raiva e mantido em ambiente domiciliar pelo período de __ dias.
<input type="checkbox"/>	Outra: _____

Carimbo datador da Unidade		Carimbo e Assinatura AFFA
----------------------------	--	---------------------------

5. Termo de Compromisso de Isolamento

Eu, Proprietário/ Tutor, acima descrito, no caso de quarentena imposta, comprometo-me a manter o(s) animal(is), identificado(s) acima, isolado(s) de outros animais sensíveis a raiva e mantido(s) restrito(s) em ambiente domiciliar pelo período determinado neste termo, a comunicar ao médico veterinário acima em qualquer alteração física ou comportamental ou seu eventual óbito .

Estou ciente que o(s) animal(s) deverá(ão) ser novamente examinado(s) e um Atestado de Saúde (modelo AS-1 Geral) ser enviado para o VIGIAGRO- _____ para que o animal seja liberado do isolamento. Se necessário banho/tosa ou qualquer tipo de atendimento, este deve ser feito em domicílio.

_____/_____/202__

Assinatura do Proprietário/ Tutor

A) Exame clínico efetuado por Médico Veterinário particular:

Eu, Médico Veterinário acima descrito, declaro que:
(tachar o que não corresponder)

- i. O(s) animal(is) acima identificado(s) foi por mim examinado(s) e não apresenta(m) sinais de doenças infectocontagiosas e/ou parasitárias, e permanecerá(ão) em isolamento domiciliar, sob minha responsabilidade, pelo período acima descrito.
- ii. No caso de outros animais no local, estes também entrarão em isolamento.
- iii. Findo o período estabelecido, e comprometo a enviar novo Atestado de Saúde (AS-1 Geral -conforme Atestado disponibilizado no site MAPA) declarando a sanidade do(s) animal(s) para que seja(m) liberado(s) do isolamento.

B) Vacina Antirrábica:

Nome Comercial	Laboratório	Partida	Reforço

C) Tratamento Parasitário de Amplo Espectro Interno:

Nome Comercial	Laboratório	Partida	Princípio Ativo

D) Tratamento Parasitário Externo de Amplo Espectro:

Nome Comercial	Laboratório	Partida	Princípio Ativo

E) Observações Adicionais:

_____/_____/202__

Carimbo e assinatura do Médico Veterinário

Unidade: VIGIAGRO-_____ Telefone:(__) _____ e-mail: _____

Endereço Unidade: _____