



## ATESTADO SANITÁRIO

Médico(a) Veterinário(a): \_\_\_\_\_

CRMV-RJ N°: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Estabelecimento: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Registro no CRMV-RJ: \_\_\_\_\_ IE: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Atesto para os devidos fins que foi por mim examinado nesta data o animal abaixo identificado, o qual apresentou bom estado geral de saúde durante o exame clínico, e que se encontram atendidas as medidas sanitárias definidas pelo(s) Serviço(s) Médico-Veterinário(s) Oficial(is), quando aplicável:**

Nome do animal: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Macho ( ) Fêmea

Raça: \_\_\_\_\_ Idade (real ou presumida): \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_

Tatuagem: \_\_\_\_\_ Brinco: \_\_\_\_\_ Microchip: \_\_\_\_\_

Registro Genealógico: \_\_\_\_\_

Outras Informações: \_\_\_\_\_

Responsável pelo animal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Outras Observações: \_\_\_\_\_

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura  
e Carimbo

\_\_\_\_\_