

EXAME DE TITULAÇÃO DE ANTICORPOS NEUTRALIZANTES PARA RAIVA

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

Nome do Conveniado: _____

Código do convênio: _____

E-mail: _____

Médico Veterinário: _____

CRMV: _____

Nome do animal: _____

Canino Felino Furão

Raça: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Cor da Pelagem: _____

N° microchip/tatuagem: _____

Tutor ou responsável: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

CEP: _____

Telefone: () _____

Data de coleta do sangue: ____/____/____

Histórico da vacinação anti-rábica

Data da primeira vacinação: ____/____/____

Número de doses até o momento: ____

Data da última vacinação: ____/____/____

Nome da vacina: _____

Tipo de vacina: _____

Lote: _____

Motivo da solicitação: _____

Preenchimento somente do TECSA Laboratórios:

Registro: _____

Veterinário responsável pela solicitação
(Assinatura, carimbo e CRMV)



(31) 3281-0500



Agendamento de Coletas:
(31) 99156-0580



Assessoria Veterinária:
(31) 98488-2599



sac@tecsa.com.br



www.tecsa.com.br