



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E DO ABASTECIMENTO - MAPA

**CERTIFICADO ZOOSANITARIO PARA EXPORTAÇÃO DE CÃES, GATOS E FURÕES DO BRASIL PARA A  
 COMUNIDADE EUROPÉIA  
 CERTIFICAT SANITAIRE POUR LES CHIENS, CHATS ET FURETS DOMESTIQUES INTRODITS DANS LA  
 COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE.**

CERTIFICADO N.º / CERTIFICAT N.º \_\_\_\_\_

**País de envio do animal / Pays d'expédition de l'animal** BRASIL

<b>1. PROPRIETÁRIO/PESSOA ACOMPANHANTE DO ANIMAL PROPRIÉTAIRE/PERSONNE RESPONSABLE, ACCOMPAGNANT L'ANIMAL</b>	
Nome próprio / <i>Prénom</i>	Apelido / <i>Nom</i>
Endereço / <i>Adresse</i>	
Código postal / <i>Code postal</i> XXXXXX	Localidade / <i>Ville</i>
País / <i>Pays</i>	Telefone / <i>Téléphone</i> XXXXXX

<b>2. DESCRIÇÃO DO ANIMAL / DESCRIPTION DE L'ANIMAL</b>	
Espécie / <i>Espèce</i>	Raça / <i>Race</i>
Sexo / <i>Sexe</i>	Pelagem (cor e tipo) / <i>Pelage (couleur et type)</i>
Data de nascimento / <i>Date de naissance</i>	

<b>3. IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL / IDENTIFICATION DE L'ANIMAL</b>	
Número do microchip / <i>Numéro de puce électronique</i>	
Localização do microchip / <i>Emplacement de la puce électronique</i> <b>DORSO</b>	Data de aplicação do microchip / <i>Date d'implantation de la puce électronique</i>
Número da tatuagem / <i>Numéro de tatouage</i> XXXXXX	Data de execução da tatuagem / <i>Date de tatouage</i> XXXXXX

**4. VACINAÇÃO ANTI-RÁBICA / VACCINATION ANTIRABIQUE**Fabricante e nome da vacina / *Fabricant et désignation du vaccin*Número do lote / *Numéro de lot*Data da vacinação / *Date de vaccination*Válida até / *Valable jusqu'au***5. ANÁLISE SEROLÓGICA ANTI-RÁBICA (se necessária) / TEST SÉROLOGIQUE ANTIRABIQUE (si nécessaire)**

Certifico que examinei os resultados oficiais de uma análise serológica efetuada num laboratório autorizado da EU, com base numa amostra colhida do animal em (dd/mm/aaaa)\_ \_ \_ \_ estabelecendo aqueles que o título de anticorpos neutralizantes do vírus da raiva era igual ou superior a 0,5 UI/ml.

*J'ai examiné les résultats officiels d'une épreuve sérologique effectuée dans un laboratoire agréé par l'Union européenne à partir d'un échantillon prélevé sur l'animal le (jj/mm/aaaa) \_ \_ \_ , attestant un titrage des anticorps neutralisant le virus rabique égal ou supérieur à 0,5 UI/ml.*

**VETERINÁRIO OFICIAL / VÉTÉRINAIRE OFFICIEL**Nome próprio / *Prénom*Apelido / *Nom*Endereço / *Adresse*

AEROPORTO INTERNACIONAL DE BRASÍLIA

ASSINATURA, DATA E CARIMBO  
*SIGNATURE, DATE & CACHET*Código postal / *Code postal*Localidade / *Ville*  
BRASÍLIA-DFPaís / *Pays*  
BRASILTelefone / *Téléphone*  
33649520-33649521

BRASÍLIA,DF. 26 DE MARÇO 2007

**6. TRATAMENTO CONTRA CARRAPATOS (se requerido) / TRAITEMENT CONTRE LES TIQUES (si nécessaire)**Fabricante e nome do produto / *Fabricant et désignation du produit*Data e hora do tratamento (dd/mm/aaaa+relógio com mostrador de 24 h) / *Date et durée du traitement (jj/mm/aaaa+ 24 heures)*Nome do veterinário / *Nom du vétérinaire*Endereço / *Adresse*ASSINATURA, DATA E CARIMBO  
*SIGNATURE, DATE & CACHET*Código postal / *Code postal*Localidade / *Ville*País / *Pays*Telefone / *Téléphone*

6. TRATAMENTO CONTRA ECHINOCOCCUS (se requerido) / TRAITEMENT CONTRE ECHINOCOCCUS (si nécessaire)	
Fabricante e nome do produto / <i>Fabricant et désignation du produit</i>	
Data e hora do tratamento (dd/mm/aaaa+relógio com mostrador de 24 h) / <i>Date et durée du traitement (jj/mm/aaaa+ 24 heures)</i>	
Nome do veterinário / <i>Nom du vétérinaire</i>	
Endereço / <i>Adresse</i>	ASSINATURA, DATA E CARIMBO <i>SIGNATURE, DATE &amp; CACHET</i>
Código postal / <i>Code postal</i>	
Localidade / <i>Ville</i>	
Pais / <i>Pays</i>	
Telefone / <i>Téléphone</i>	