|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO**Secretaria de Defesa Agropecuária – SDASistema de Vigilância Agropecuária Internacional – VIGIAGRO | **TC-IAC** |

**TERMO DE COMPROMISSO NO INGRESSO DE ANIMAIS DE CIA Nº\_\_\_\_\_\_\_/20\_\_**

Termo firmado em consonância com Decreto n° 24.548/34 Decreto n° 5.741/06 IN n° 5/13; IN n° 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: |  | Raça: |  |
| Microchip: |  | 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:**

**-** Deverá ter sua Saúde atestada por médico veterinário particular.

- Deverá ser aplicada vacina antirrábica.

- Deverá ser feito tratamento parasitário interno de amplo espectro.

- Deverá ser feito tratamento parasitário externo de amplo espectro.

- Deverá ficar isolado de outros animais suscetíveis a raiva e mantido em ambiente domiciliar pelo período de\_\_ dias.

- 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**

**PARTE II - ATENDIMENTO DAS MEDIDAS IMPOSTAS no TC-IAC \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_**

1. **Exame clínico efetuado por Médico Veterinário particular:**

Eu, Médico Veterinário acima descrito, declaro que:

(tachar o que não corresponder)

1. 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.
2. No caso de outros animais no local, estes também entrarão em isolamento.
3. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**