



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE ZOOSE E ENTOMOLOGIA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA DE ZOOSE E ENTOMOLOGIA



DECLARAÇÃO DE PARCERIA TERAPÊUTICA

Eu _____,
residente à rua _____
Nº _____, comprometo-me a observar o animal (cão ou gato) no período de 10(dez) dias a partir da data da agressão, mantendo-o preso, sem acesso a rua, pessoas ou outros animais e devidamente alimentado, bem como, informar a esta unidade de saúde as condições de saúde do animal agressor no 5º dia e no 10º dia, como forma de não me submeter, ou a meus dependentes, ao tratamento com vacina contra a Raiva indicada pelo Programa Nacional de Controle da Raiva.

Data: ____/____/____

Município: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE PARCERIA TERAPÊUTICA

Eu _____,
residente à rua _____
Nº _____, comprometo-me a observar o animal (cão ou gato) no período de 10(dez) dias a partir da data da agressão, mantendo-o preso, sem acesso a rua, pessoas ou outros animais e devidamente alimentado, bem como, informar a esta unidade de saúde as condições de saúde do animal agressor no 5º dia e no 10º dia, como forma de não me submeter, ou a meus dependentes, ao tratamento com vacina contra a Raiva indicada pelo Programa Nacional de Controle da Raiva.

Data: ____/____/____

Município: _____

Assinatura: _____

Preencher os itens abaixo, após a Unidade de Saúde ter recebido as informações sobre a observação do cão ou gato.

RESULTADO DA OBSERVAÇÃO ANIMAL

(Ex: animal sadio, vivo, desaparecido, doente, sacrificado, morto).

1º DIA	Data: ____/____/____	Observações: _____
	_____	_____
	Nome completo do técnico da V.E.: _____	_____

2º DIA	Data: ____/____/____	Observações: _____
	_____	_____
	Nome completo do técnico da V.E.: _____	_____

3º DIA	Data: ____/____/____	Observações: _____
	_____	_____
	Nome completo do técnico da V.E.: _____	_____

Preencher os itens abaixo, após a Unidade de Saúde ter recebido as informações sobre a observação do cão ou gato.

RESULTADO DA OBSERVAÇÃO ANIMAL

(Ex: animal sadio, vivo, desaparecido, doente, sacrificado, morto).

1º DIA	Data: ____/____/____	Observações: _____
	_____	_____
	Nome completo do técnico da V.E.: _____	_____

2º DIA	Data: ____/____/____	Observações: _____
	_____	_____
	Nome completo do técnico da V.E.: _____	_____

3º DIA	Data: ____/____/____	Observações: _____
	_____	_____
	Nome completo do técnico da V.E.: _____	_____