



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.: _____ | _____              |

