

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MURIAÉ**

**SECRETARIA DE SAÚDE MUNICIPAL**

**Vigilância em Saúde Ambiental**

**Centro de Controle de Zoonoses**

**CEP: 36880-000 - MURIAÉ - MG**

**TELEFONE (32) 3729-1301**

 **CADASTRO INDIVIDUAL DADOS DO ANIMAL**

***DATA DO CADASTRO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ RESIDENTE CCZ: Sim ( ) Não ( ) DESDE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_***

**Data Entrada no CCZ:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ **Data de Saída no CCZ:** \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Raça:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Espécie:** Canina ( ) Felina ( ) **Sexo:**  Macho ( ) Fêmea ( )

**Porte:** P ( ) M ( ) G ( ) **Peso:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Idade:** \_\_\_\_\_\_\_\_**Cor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Marca característica:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo doença ou agravo tratado no CCZ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicamento utilizado e período tratamento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Castração:** Sim ( ) Não ( ) Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Avaliação na Entrada no CCZ: Apático:** Sim ( ) Não ( ) **Apetite normal:** Sim ( ) Não ( )

**Doença Crônica:** Sim ( ) Não ( ) Qual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Vômito/diarreia nos últimos 10 dias:** Sim ( ) Não ( )

**Cirurgias anteriores:** Sim ( ) Não ( ) Qual:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Anestesiado anteriormente:** Sim ( ) Não ( )

**Proprietário:** Sim ( ) Não ( ) **Endereço: \_\_-\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cão Comunitário:** Sim ( ) Não ( ) **Endereço de recolhimento do animal de rua e ponto de referência: \_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pessoa que o animal possui laço de dependência:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tel Contato:** (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Entrada com tratamento de saúde em andamento:** Sim ( ) **Qual Tratamento e**  **Veterinário anterior:\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observação:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_