



ATESTADO DE VACINAÇÃO

Médico(a) Veterinário(a): _____

CRMV-RJ N°: _____ E-mail: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Estabelecimento: _____

CNPJ: _____ Registro no CRMV-RJ: _____ IE: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Atesto para os devidos fins, que o animal abaixo identificado foi vacinado por mim nesta data, conforme informações abaixo:

Nome do animal: _____ Sexo: () Macho () Fêmea

Raça: _____ Idade (real ou presumida): _____ Cor: _____

Tatuagem: _____ Brinco: _____ Microchip: _____

Registro Genealógico: _____

Outras Informações: _____

Vacinação contra: _____

Nome comercial da vacina: _____

Número da partida: _____

Fabricante: _____

Data de fabricação: ____/____/____ Data de validade: ____/____/____

Outras observações: _____

Responsável pelo animal: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Local e data: _____ de _____ de _____

Assinatura
e Carimbo

Deve ser emitido em 2 vias:

1ª via:
Médico(a) Veterinário(a)

2ª via:
Responsável