



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO
CENTRO DE CONTROLE DE ZOOSES

**COMPROVAMOS QUE O ANIMAL ABAIXO IDENTIFICADO, FOI VACINADO CONTRA RAIVA DURANTE A
CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANIMAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS.**

CAMPINAS, _____

NOME: _____

RAÇA: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

PELAGEM: _____

PROPRIETÁRIO: _____

OBS: ESTE COMPROVANTE DEVERÁ SER MANTIDO À CARTEIRA DE VACINAÇÃO DO ANIMAL, E SER APRESENTADO COMO PROVA DA VACINAÇÃO DO MESMO.

. VACINE SEU ANIMAL ANUALMENTE CONTRA A RAIVA

. CONSULTE PERIODICAMENTE UM MÉDICO VETERINÁRIO PARA CONTROLE SANITÁRIO DO SEU ANIMAL

. LEVE SEU ANIMAL À RUA SOMENTE COM COLEIRA E GUIA

. EVITE A PROCREAÇÃO INDESEJADA DOS ANIMAIS, MANTENDO OS DOMICILIADOS

. PROCURE UMA CLÍNICA VETERINÁRIA DO MUNICÍPIO E PEÇA INFORMAÇÕES SOBRE AS VANTAGENS DE REALIZAR A CASTRAÇÃO CIRÚRGICA DO SEU ANIMAL.