



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE DE VETORES E ZOONOSES

Praça Gumerindo de Paiva Castro, s/nº - Centro - CEP 16200-015 - Tel. (18) 3643-6233 Ramal 225

SOLICITAÇÃO PARA RECOLHIMENTO DE ANIMAIS

Nº _____

Data Solicitação: ____/____/____

Funcionário Responsável: _____

Eu _____

Morador (a) da rua: _____ Nº _____

Bairro: _____ Telefone: _____

Dôo meu animal à Prefeitura Municipal de Birigui, entregando-lhe a posse definitiva do mesmo, ficando a critério da P.M.B, o destino a ser dado a este animal. Li e entendi.

Assinatura

RG

Nome do animal: _____ Espécie: _____
Raça: _____ Idade: _____ Cor: _____ Sexo: _____

Preencher em caso de agressão

Vacinado contra a raiva: () sim () não () não sabe

Data da agressão: ____/____/____

Nome do agredido: _____

Endereço do agredido: _____

Animal errante: () sim () não

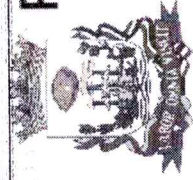
Observações:

Animal recolhido: () Sim () Não

Destino: _____ Nº Cella: _____

Funcionário responsável pelo recolhimento: _____

Data recolhimento: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE BIOSSEGURANÇA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE VETORES

RECEITUÁRIO MÉDICO VETERINÁRIO

PROPRIETÁRIO _____

ANIMAL _____ ESPÉCIE _____ SEXO _____

IDADE _____ PESO _____

USO ORAL

1) Enrofloxacin _____ mg _____ compr.

Dar _____ comprimido (s) ao dia por _____ dias.

2) Cetoprofeno _____ mg _____ compr.

Dar _____ comprimido (s) ao dia por _____ dias.

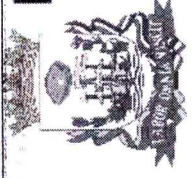
USO TÓPICO

1) Rifamicina spray _____ frasco.

Borrifar duas vezes ao dia por _____ dias.

Data: _____

**Trazer o animal para retirar pontos dia ____/____ das ____: ____ às ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIRIGUI

SECRETARIA DE SAÚDE
DIRETORIA DE BIOSSEGURANÇA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DE VETORES

RECEITUÁRIO MÉDICO VETERINÁRIO

PROPRIETÁRIO _____

ANIMAL _____ ESPÉCIE _____ SEXO _____

IDADE _____ PESO _____

USO ORAL

1) Enrofloxacin _____ mg _____ compr.

Dar _____ comprimido (s) ao dia por _____ dias.

2) Cetoprofeno _____ mg _____ compr.

Dar _____ comprimido (s) ao dia por _____ dias.

USO TÓPICO

1) Rifamicina spray _____ frasco.

Borrifar duas vezes ao dia por _____ dias.

Data: _____

**Trazer o animal para retirar pontos dia ____/____ das ____: ____ às ____

2ª cópia
Prefeitura Municipal de Birigui

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
CENTRO DE CONTROLE DE VETORES E ZOONOSSES
(15) 3643 6233 R. MAL 253



AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____,
Proprietário(a) do animal, _____, de raça _____, _____ anos,
autorizo a cirurgia de _____ do referido animal, pelo (a) Médico(a) Veterinário(a) _____, C.R.M.V.-SP _____, estando ciente de todos os riscos

existentes (anestesia/trans e pós-operatório) e possibilidade de óbito.

Ainda atesto que ficará sob minha responsabilidade, o fornecimento da medicação e cuidados pós-cirúrgicos prescritos pelo(a) Médico(a) Veterinário(a).

Assinatura
Proprietário(a) Do Animal

OBS: É OBRIGATÓRIA A APRESENTAÇÃO DO HEMOGRAMA DO ANIMAL ATÉ TRÊS (3) DIAS ANTES DA CIRURGIA. A NÃO APRESENTAÇÃO DO MESMO ACARRETERÁ O CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DA CIRURGIA.



CHECK LIST PARA VISTORIAS DE ESCORPIÃO

☐ Visita de Rotina ☐ Visita de Retorno

Proprietário: _____
Endereço: _____
Bairro: _____
Telefone(s): (____) _____ / (____) _____

Área: _____ Setor Censitário: _____ Quarteirão: _____ Nº da Notificação: _____

Tipo de Imóvel: ☐ Casa ☐ Apartamento ☐ Escola ☐ Comércio ☐ Terreno Baldio ☐ Outro _____

Há quanto tempo encontram escorpiões no local: _____
☐ Dias ☐ Semanas ☐ Meses ☐ Anos

Em qual período os escorpiões são mais observados: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

Em qual local da residência ocorreram as aparições:

☐ Sala ☐ Copa/Cozinha ☐ Banheiro ☐ Dormitório ☐ Depósito/Despensa ☐ Corredor
☐ Garagem ☐ Porão/Sótão ☐ Jardim/Quintal ☐ Lavanderia ☐ Outros _____

Aos _____ dias do mês de _____ de 20____, durante a vistoria no imóvel sob sua responsabilidade, foram observados: _____

Estes aspectos tornam suscetível à proliferação de escorpiões (artópode com questão de saúde pública), e as providências deverão ser adotadas para sanar o problema de uma possível infestação neste imóvel.

Obs: Em caso de descumprimento das orientações e a não providência para sanar as irregularidades, tratando-se de saúde pública, o proprietário poderá ser responsabilizado de acordo com Art. 25, Art. 26, Art. 27, Art. 28 e Art. 29 da Lei Municipal Nº 4.095 de 18 de setembro de 2002 bem como ao preconizado em demais normas vigentes, ou daquelas que vierem a substituí-las, sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis.

Programar retorno para o dia: _____/_____/_____

Proprietário e/ou Responsável pelo Imóvel _____

Agente Responsável pela Vistoria _____

3 mil
cópias

FOLHA Nº

EXECUÇÃO:

() SUCEN
() MUNICÍPIO



LEGENDA:		PERIDOMICÍLIO - CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E AMBIENTAIS	
Tipo de Imóvel		Condições de Pavimentação	
1 - Residencial	1 - Trabalhado	1 - Totalmente Pavimentado	1 - Sim
2 - Comercial	2 - Fechado	2 - Até 10 m ² sem pavimentação	2 - Não
3 - Terreno Baldio	3 - Recusa	3 - De 10 a ≤ 50 m ² sem pavimentação	3 - Não se aplica
4 - Público (hospital, PS, escola, igreja, prefeitura, outros)	4 - Desabilitado	4 - Acima de 50 m ² sem pavimentação	
5 - Praça, parque e jardim públicos, horto florestal, parque, zoológico, viveiro de plantas.			
6 - Construções			
7 - Chácaras			

DATA / / RESPONSÁVEL: EQUIPE:

61205 Fyfe

FOLHA: _____

DATA: ____ / ____ / ____ MUNICÍPIO: _____

ÁREA (m²): _____ SETOR CENSAÁRIO: _____ QUART: _____

EXECUÇÃO: ☐ SUCEN ☐ MUNICÍPIO ☐ ACS TIPO TRABALHO: ☐ ROTINA ☐ PENDÊNCIA ☐ DEMANDA

[illegible]

** - F - Fechado D - Desocupado T - Temporada P - Parcial R - Recusa

Consumo

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 101–108

SUPERVISOR

LABORATÓRIO



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS
DIRETORIA DE COMBATE À VETORES
BOLETIM DE ATENDIMENTO À NOTIFICAÇÃO DE ESCORPIÃO**

7007

BAIRRO:

ÁREA:

SETOR CENSITÁRIO:

QUARTEIRÃO

Nº DA NOTIFICAÇÃO SINAN: _____ NÃO SE APLICA ()

Nº da NOTIFICAÇÃO:

[illegible]

SITUAÇÃO DO IMÓVEL: T: trabalhado F: fechado R: recusa D: desabitado

TIPO DE IMÓVEL: 1 – residência, 2 – edifício, 3 – escola/creche, 4 – indústria, 5 – órgão público, 6 – logradouro público, 7 – terreno baldio, 8 – cemitério, 9 – praça/parque, 10 – comércio, 11 – outros

Responsável:

Data / /