**ΔΙΕΘΝΕΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗ**

**ΚΑΤΟΙΚΙΔΙΩΝ ΣΚΥΛΩΝ ΚΑΙ ΓΑΤΩΝ ΑΠΟ ΣΤΗ ΒΡΑΖΙΛΙΑ *CERTIFICADO VETERINÁRIO INTERNACIONAL PARA EXPORTAÇÃO DE CÃES E GATOS DE PARA O BRASIL***

**ΑΡΜΟΔΙΑ ΑΡΧΗ:**

***NOME DA AUTORIDADE COMPETENTE:***

|  |  |
| --- | --- |
| **ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ / *PAÍS DE ORIGEM*:** |  |
| **ΧΩΡΑ ΔΙΑΜΕΤΑΚΟΜΙΣΗΣ / *PAÍS DE TRÂNSITO*:** |  |
| **ΜΕΣΟ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ / *MEIO DE TRANSPORTE*:** |  |

1. **ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΖΩΟΥ / *IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Όνομα και αριθμός πομποδέκτη\***  ***Nome e microchip\**** | **Είδος**  ***Espécie*** | **Φυλή**  ***Raça*** | **Φύλο**  ***Sexo*** | **Τρίχωμα**  ***Pelagem*** | **Ημερομηνία γέννησης *Data de Nasciment*o** | **Ημερομηνία τοποθέτησης πομποδέκτη\***  ***Data de aplicação do microchip\**** | **Σημείο τοποθέτησης πομποδέκτη\* *Localização do microchip\**** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

* Αν εφαρμόζεται / *Se corresponder*

1. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ / *INFORMAÇÃO DE ORIGEM***

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα ιδιοκτήτη ή εξουσιοδοτημένου προσώπου:  *Nome do proprietário ou responsável* |  |
| Διεύθυνση / *Endereço*: |  |
| Πόλη, Χώρα / *Cidade, País*: |  |

1. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ / *INFORMAÇÃO DE DESTINO***

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα ιδιοκτήτη ή εξουσιοδοτημένου προσώπου:  *Nome do proprietário ou responsável* |  |
| Διεύθυνση / *Endereço*: |  |
| Πόλη, Χώρα / *Cidade, País*: |  |

1. **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ / *INFORMAÇÃO SANITÁRIA***
   1. Ο κάτωθι υπογεγραμμένος επίσημος κτηνίατρος πιστοποιώ ότι το ζώο που περιγράφεται παραπάνω έχει εμβολιαστεί κατά της λύσσας όπως περιγράφεται παρακάτω: / *O signatário, veterinário oficial, declara que o animal descrito acima foi vacinado contra raiva, como descrito a seguir*:
2. Έχει εμβολιαστεί κατά της λύσσας \* / *foi vacinado contra a raiva\**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ημερομηνία εμβολιασμού**  ***Data de vacinação*** | **Όνομα εμβολίου**  ***Nome da vacine*** | **Κατασκευαστής**  ***Laboratório*** | **Ημερομηνία λήξης**  ***Data de validade*** | **Αριθμός παρτίδας**  ***Número do lote*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Ή / *OU*

1. Είναι μικρότερο από 90 (ενενήντα) ημερών κατά την ημερομηνία έκδοσης του παρόντος πιστοποιητικού, δεν έχει εμβολιαστεί κατά της λύσσας και δεν παρέμεινε σε καμία εγκατάσταση, όπου διαπιστώθηκε κρούσμα αστικής λύσσας τις τελευταίες 90 (ενενήντα) ημέρες.\* / *E menor de 90 (noventa) dias de idade no momento da emissão do presente certificado, não foi vacinado contra a raiva e não esteve em nenhuma propriedade onde tenha ocorrido nenhum caso de raiva urbana nos últimos 90 (noventa) dias*.\*

* Να διαγραφεί ό,τι δεν ισχύει */* *Tachar o que não corresponda*.

*\*Σημείωση: Ο αντιλυσσικός εμβολιασμός πρέπει να γίνεται σε ζώα άνω των 3 μηνών και να διενεργείται τουλάχιστον 21 ημέρες πριν την άφιξη των ζώων στη Βραζιλία.*

*\*Nota: A vacinação anti-rábica deve ser feita em animais com mais de três meses de idade e deve ser aplicada pelo menos vinte e um (21) dias antes da entrada do animal no Brasil.*

* 1. Το ζώο έχει υποβληθεί τις τελευταίες δεκαπέντε (15) ημέρες πριν από την έκδοση του παρόντος πιστοποιητικού σε ευρέος φάσματος αντιπαρασιτική αγωγή κατά ενδοπαρασίτων και εκτοπαρασίτων, με προϊόντα εγκεκριμένα από την Αρμόδια Κτηνιατρική Αρχή. / *O animal foi submetido dentro dos 15 (quinze) dias anteriores à emissão do presente certificado, a um tratamento de amplo espectro contra parasitos internos e externos com produtos autorizados pela Autoridade Veterinária Competente.*

ΑΝΤΙΠΑΡΑΣΙΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΕΝΔΟΠΑΡΑΣΙΤΑ / ANTIPARASITÁRIO INTERNO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ημερομηνία χορήγησης**  ***Data de aplicação*** | **Κατασκευαστής**  ***Laboratório*** | **Εμπορικό όνομα σκευάσματος**  ***Nome comercial*** | **Δραστικές ουσίες**  ***Princípios ativos*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ΑΝΤΙΠΑΡΑΣΙΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΕΚΤΟΠΑΡΑΣΙΤΑ / ANTIPARASITÁRIO EXTERNO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ημερομηνία χορήγησης**  ***Data de aplicação*** | **Κατασκευαστής**  ***Laboratório*** | **Εμπορικό όνομα σκευάσματος**  ***Nome comercial*** | **Δραστικές ουσίες**  ***Princípios ativos*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. Άλλα εμβόλια (όταν εφαρμόζονται) / *Outras vacinações (quando corresponda):*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Εμπορική ονομασία εμβολίου**  ***Nome da vacina*** | **Νόσος**  ***Doença*** | **Κατασκευαστής**  ***Laboratório*** | **Αριθμός παρτίδας**  ***No Partida/Lote*** | **Ημερομηνία εμβολιασμού**  ***Data de vacinação*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Το ζώο έχει υποβληθεί στις ακόλουθες αγωγές εντός των τελευταίων τριών (3) μηνών πριν από την έκδοση του παρόντος πιστοποιητικού (αν εφαρμόζεται) / *Informações sanitárias adicionais O animal foi submetido aos seguintes tratamentos dentro dos 3 (três) meses anteriores à emissão do presente certificado (quando corresponda).*

|  |  |
| --- | --- |
| Πιθανή διάγνωση:  *Diagnóstico presuntivo:* |  |
| Ημερομηνία χορήγησης του σκευάσματος (ηη/μμ/εε)\*\*:  *Data de administração do produto (dd/dd/yy)\*\** |  |
| Κατασκευαστής/Εμπορικό όνομα σκευάσματος:  *Laboratório/Nome comercial* |  |
| Δραστική ουσία σκευάσματος:  *Principio ativo do produto* |  |

\*\* επαναλάβετε όσες φορές κρίνεται απαραίτητο / *Repetir quantas vezes seja necessário*.

1. Δηλώνω ότι το ζώο εξετάστηκε κλινικά εντός 10 ημερών πριν από την έκδοση του παρόντος πιστοποιητικού, στις

(ηη/μμ/εε), δεν παρουσίαζε καμία ένδειξη λοιμώδους ή παρασιτικής νόσου και είναι σε θέση να υποστεί την προβλεπόμενη μετακίνηση / *Declaro que o animal foi examinado no prazo de dez (10) dias anteriores à emissão do presente certificado, em (dd/mm/yy), não apresentando sinais clínicos de doenças infecciosas ou parasitárias e está apto para o transporte.*

1. Το παρόν Διεθνές Κτηνιατρικό Υγειονομικό Πιστοποιητικό ισχύει για 60 (εξήντα) ημέρες, με έναρξη την ημερομηνία έκδοσής του, για την είσοδο ή την επιστροφή στα Κράτη της MERCOSUR, υπό την προϋπόθεση ότι ο αντιλυσσικός εμβολιασμός βρίσκεται σε ισχύ / *Este Certificado Veterinário Internacional é válido por 60 (sessenta) dias, a partir da data de sua emissão, para o ingresso ou retorno aos Estados Partes do MERCOSUL, desde que a vacinação antirábica esteja válida.*

Επίσημη σφραγίδα

*Carimbo oficial de exportação*

Τόπος & ημερομηνία (ηη/μμ/εε) *Local e data (dd/mm/aa)*

Σφραγίδα και Υπογραφή Επισήμου Κτηνιάτρου

*Carimbo e nome do veterinário oficial*

*\*Σημείωση: Το παρόν πιστοποιητικό είναι έγκυρο μόνο εάν έχει εκδοθεί/είναι υπογεγραμμένο από την Αρμόδια Κτηνιατρική Αρχή της χώρας*

*προέλευσης*

*\* Nota: Este certificado só é válido se emitido/assinado pela Autoridade Veterinária do país de origem*