

# SERVICIO NACIONAL DE CALIDAD Y SALUD ANIMAL



S E N A C S A



## CERTIFICADO OFICIAL DE TRANSITO DE ANIMALES

### I. ORIGEN

PROPIETARIO. CODIGO NOMBRE  
ESTABLECIMIENTO CODIGO NOMBRE

DEPART.:  
DISTRITO:  
LOCALIDAD:

### SENACSA Certifica que:

- Los animales fueron vacunados contra la Fiebre Aftosa en fecha \_\_\_\_\_ revacunados en fecha \_\_\_\_\_
- Los animales han permanecido en el territorio nacional, por lo menos 3 meses antes del sacrificio o desde el nacimiento, en el caso de los animales menores de 3 meses de edad.
- Los animales provienen de un establecimiento que no se encuentra bajo restricción oficial por motivos sanitarios, donde no hubo brote de Fiebre Aftosa en los 60 días anteriores y en un radio de 25 Km. en los últimos 30 días.

### II. DETALLE

#### ANIMALES EN TRANSITO

VACAS	VAQUILLAS	NOVILLOS	TOROS	DESMAMANTES		TERNEROS		BUEYES	BUBALINOS	TOTAL
				MACHO	HEMBRA	MACHO	HEMBRA			

#### FINALIDAD

CRIA	ENGORDE	FERIA DE INVERNADA	FERIA DE REPRODUC.	FERIA DE CONSUMO	FAENA	EXPOSICION

#### TRANSPORTE UTILIZADO

AUTOMOTOR	FLUVIAL

#### NRO. BOL. MARCA/S:

D I S.  M A R C A S	
--	--

### III. DESTINO

Por tanto se autoriza el traslado hasta:

CODIGO Y NOMBRE DEL DEPARTAMENTO

CODIGO Y NOMBRE DEL DISTRITO

CODIGO Y NOMBRE DE LA LOCALIDAD

Consignado a

CODIGO Y NOMBRE DEL PROPIETARIO CONSIGNATARIO

CODIGO Y NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DESTINO

El presente certificado tiene una validez hasta \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

de conformidad con lo dispuesto en los artículos N° 47 y N° 61 de la Ley 2426/04 y art. N° 20 y 22 de la Ley 808/96

Observación:

### IV. SOLICITANTE

Fecha de expedición: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido

Nro. de Cédula de Identidad

Firma

Se expide el presente Certificado para los fines pertinentes y el SENACSA hace constar que los datos contenidos en la Guía N° ..... del anverso de este Formulario corresponde a los animales habilitados en este documento Sanitario para transitar libremente dentro del territorio Nacional en el plazo de validez que fue concedido.

Nombre y Apellido del responsable por la expedición

Sello / Firma

CODIGO Y NOMBRE DE LA UNIDAD ZONAL

N° CLD:

PUESTO DE CONTROL OBLIGATORIO

**PUESTO:  
FECHA:  
HORA:**

PUESTO DE CONTROL OBLIGATORIO

**PUESTO:  
FECHA:  
HORA:**

PUESTO DE CONTROL OBLIGATORIO

**PUESTO:  
FECHA:  
HORA:**

PUESTO DE CONTROL OBLIGATORIO

**PUESTO:  
FECHA:  
HORA:**