

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: