



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS**  
**CIDADE DOS PROFETAS**

Ofício n.º PMC/SEGOV/492/2021.

Congonhas, 22 de novembro de 2021.

Exmo. Sr.

Hemerson Ronan Inácio,

Presidente da Câmara Municipal de Congonhas/MG.

Prezado Senhor,

Em atenção ao Ofício 206/2021/Secretaria, datado de 19/10/2021, encaminhamos a V. Exa. a Comunicação Interna nº PMC/GAB/SMS/195//2021 por meio da qual a Secretaria de Saúde presta informações em atendimento ao Requerimento CMC/260/2021, de autoria do nobre vereador Vanderlei Ferreira.

Na oportunidade, reiteramos a V.Exa. e demais pares, nossas respeitosas saudações.

Atenciosamente,

Câmara Municipal de Congonhas



**PROTOCOLO GERAL 3568/2021**  
Data: 25/11/2021 - Horário: 13:52  
Legislativo

  
Simônia Maria de Jesus Magalhães  
Secretária Municipal de Governo

MSR

**COMUNICAÇÃO INTERNA**

Nº PMC/GAB/SMS/195/2021

DE: Thomás Lafetá Alvarenga – SMS

PARA: Rodrigo Santos Torres / Secretaria Municipal de Governo

DATA: 17/11/2021

Prezado Secretário,

Em atenção à solicitação formulada pela Câmara Municipal, Requerimento CMC Nº260/2021, encaminhamos resposta em anexo.

Atenciosamente,

Thomás Lafetá Alvarenga  
Secretário Municipal de Saúde  
Congonhas - MG  
Mat.: 20143964

  
Thomás Lafetá Alvarenga  
Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA  
DEP. DE FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE/VIGILANCIA AMBIENTAL

Sexta-feira, 12 de novembro de 2021

C.I 068 /2021/SMS/DABS/DFVS

**Para:** Thomás Lafetá Alvarenga – Secretário de Saúde

**Assunto:** Resposta ao Requerimento 260/2021

Prezado Senhor,

Encaminho a Resposta conforme o Requerimento 260/2021 do Exmo. Verador Vanderlei Ferreira.

Atenciosamente,

Carla Cristina Vartuli Cavanellas  
Chefe de Depto. de Fiscalização  
e Vigilância em Saúde  
Mat.: 20143651

Carla Cristina Vartuli Cavanellas  
***Chefe do Departamento de Fiscalização e Vigilância em Saúde***



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA  
DEP. DE FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZONOSSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

CI PMC/SMS/DABS/DFVS/ZOONOSSES Nº 0119/2021

Congonhas, 28 de outubro de 2021

Do: Setor de Zoonoses

Para: Carla Vartuli – Chefe do Departamento de Fiscalização e Vigilância em Saúde

Assunto: Requerimento 260/2021 – Vereador Vanderlei

Prezada,

Conforme Resolução Nº 367, 26 de agosto de 2019 (Normatiza os procedimentos de contracepção de cães e gatos em ações pontuais e Programas/Projetos de esterilização cirúrgica com a finalidade de controle populacional) e demais legislações explicamos que o procedimento pré-cirúrgico é um momento importante, no qual o animal candidato à cirurgia será avaliado, de modo a verificar se o mesmo apresenta condições de saúde para a castração. Além disso o procedimento envolve o risco da anestesia, portanto, é mandatória a anamnese e exame clínico do animal.

Durante o Exame clínico os médicos veterinários avaliam:

- Parâmetros gerais (Escore Corporal, Atitude Geral, TPC (Tempo Perfusão Capilar), avaliação de Mucosas, Temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória);
- exame Dermatológico (Pele e anexos (orelhas, unhas), avaliação sobre a presença de ectoparasitas etc);
- exame do Sistema digestório (Comportamento alimentar (Êmese, ingestão de alimentos Etc), Defecação e fezes (Diarréia, Melena etc), palpação de Abdômen, Ingestão de água, Grau de Hidratação, Aparência das mucosas, Estado físico (normal, prostrado etc) etc);
- Sistema cardiorrespiratório (Respiração, Exame do tórax, Movimentos respiratórios, Tosse/Espirro, Secreção nasal, Secreção ocular, Edema, inchaço (membros, abdômen etc), Intolerância ao exercício etc);
- Sistema genito-urinário (Comportamento de Micção, Cor, Odor, Aspecto da urina etc)
- exame de Fêmeas (Presença de cio, Histórico contraceptivos, Mucosa da vulva, Secreção, Coloração)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA  
DEP. DE FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZONÓSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

- exame de Machos (Localização testículos: criptorquidia, consistência, sensibilidade, secreção peniana etc),
- exame do Locomotor (Movimentação (dificuldade para se locomover etc), Claudicação, Dor ao andar etc);
- Nervoso (Mudanças de comportamento (agressividade etc?), Convulsões?, Dificuldade para andar?, Anda em círculos? etc)
- Exame de Leishmaniose Visceral Canina
- Avaliação da Vermifugação / vacinação
- Dentre outros parâmetros

Conforme nosso Programa de castração (Programa deferido pelo Conselho de Medicina Veterinária/MG) e outros Programas de castração (exemplo: Prefeitura de Contagem) serão considerados inaptos para o procedimento, os animais:

I – menores de 06 (seis) meses e maiores de 08 (oito) anos;

II- clinicamente portadores de alterações significativas que desaconselhem o procedimento, tais como lesões cutâneas, epiléticos, anêmicos, desidratados, com escore corporal baixo, com infestação de ectoparasitas etc;

III- no cio (as cirurgias deverão ser remar cadas com data posterior a 30 (trinta) dias após o término do mesmo)

IV- gestação recente de cadelas e gatas. Dever-se-á aguardar, no mínimo, 60 (sessenta) dias após o parto para a realização da esterilização

IV- animais obesos, braquicefálicos.

Logo, para realização da cirurgia de esterilização é necessário que os animais estejam hígidos clinicamente, para evitar intercorrências que podem levar o animal ao óbito. Caso sejam detectadas doenças/sintomas que contraindiquem a cirurgia (ex: piometra com febre/desidratação intensa; TVT; febre; diarreia sanguinolenta; anemia etc), o tutor/proprietário será orientado a realizar tratamento prévio e estabilização (exemplo: antibioticoterapia, soroterapia etc) do quadro para posterior realização da cirurgia devido ao risco de morte/infecção desses animais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA  
DEP. DE FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZONOSSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

A respeito da solicitação do requerimento 260/2021 do Vereador Vanderlei, seguem as fichas de triagem anexas para conhecimento.

Lembramos que, conforme protocolo do setor de zoonoses, os proprietários/tutores citados anteriormente já foram orientados e esclarecidos em relação aos motivos pelos quais seus animais foram considerados inaptos durante as triagens.

*Bruno Mendes Vasconcelos*  
Médico Veterinário  
CRM/MC nº 7661

*Marise Lopes Paiva de Moraes*  
Médica Veterinária / CRMV-MG 4247  
Autoridade Sanitária do Setor  
de Zoonoses / PMC

Setor de Zoonoses

*Gislaine Maria Resende*  
Médica Veterinária  
CRMV-MG 12286



CÂMARA MUNICIPAL

*Casa do Legislativo Vereador Ênio da Gama*

**REQUERIMENTO 260 /2021**  
Do Exmo. Vereador Vanderlei Ferreira

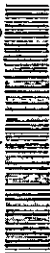
**Ao Exmo. Sr. Hemerson Ronan Inácio (Mércio)**  
*Presidente da Câmara Municipal de Congonhas.*

O vereador que o presente subscrive, em conformidade com Regimento Interno, que, ouvido o plenário, solicite ao Prefeito as seguintes informações: Peço que seja informado o motivo pelo qual alguns animais que chegaram ao setor de zoonoses para castração não foram castrados.

Peço relatório individual de cada animal que segundo a avaliação do Veterinário (A) não se encontrava em condições de ser castrado. Favor especificar a enfermidade de cada um desses animais que não puderam ser castrados entre os dias 18/09/2021 a 18/10/2021.

Congonhas, 18 de Outubro de 2021.

Vanderlei Ferreira  
VEREADOR





TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CUSTÓDIAS DE ANIMAIS  
**ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

**Dados do proprietário do animal:** (05) Camil  
 Proprietário: Paliano dos Santos  
 Identidade: 11315333 CPF: 04463750636  
 Endereço: Av/Rua: B. do Esquilino Nº: 4  
 Bairro: Lobo de Leão Telefones: 99509 11763

**Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: \_\_\_\_\_)**  
 Nome do animal: Bolinha Espécie:  cão ( ) gato Sexo:  fêmea ( ) macho  
 Raça: SAD Idade: 5 Cor: Bege / Branco  
 Pelagem: curta Porte: ( ) Pequeno  Médio  Grande  
 Vermifugado: ( ) sim, data:     / 20 ( ) não  
 Está no cio ( ) sim ( ) não Último cio: \_\_\_\_\_ Peso: 32kg  
 Já tomou medicação anti cio ( ) sim ( ) não

**Data da entrega do resultado do hemograma e eletrocardiograma com laudo (deverão ser entregues na sede da zoonoses (Rua Benedito Quintino, 321, Centro) no mínimo 24 horas antes da data da cirurgia):** Data: 27/09/21  
 Data e horário do agendamento da castração: Data:     /     /     horário:     :     horas

TUT

O proprietário, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar em seu animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em     /     /    . Horário:     /     horas.

Declara que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose (doença do carrapato), não é portador de doença com tratamento contínuo (convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes), não pariu a menos de 60 dias, que possui idade entre 6 meses a 6 anos, e declara ainda:

- 1) Que lhe foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;
- 2) Que está ciente dos riscos referentes a cirurgia e a anestesia, conforme foi orientado.
- 3) Que o animal acima descrito realizou jejum de alimentos por 12 (doze) horas e líquidos (água etc) no mínimo 8 (oito) horas antes da realização do procedimento cirúrgico, e que está ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;
- 4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, está ciente que existe um risco de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico, da anestesia, das condições vitais do paciente, de problemas ainda não diagnosticados no animal e, que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;
- 5) Que foi informado(a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter o seu animal à presente cirurgia está também sujeita a sofrer complicações e peculiaridades, intra-operatórias e pós-operatórias.
- 6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

Devolvido 27/09/21

TUT

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fêmea esteja gestante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a segurança do animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, neste caso, não há como mantê-los vivos. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

8) Que foi orientado a vermifugar o animal (receita prescrita e entregue ao proprietário no dia da triagem) com prazo de no mínimo 7 dias antes da cirurgia;

9) Que será responsável pelo transporte do animal, que deve ser feito de acordo com as normas do Código de Trânsito Brasileiro, até a UVZ no dia e horário agendado (permitido atraso máximo de 10 minutos) para a castração e que deverá permanecer no local até que a cirurgia seja finalizada para alta do animal e recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverá levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano compatível com o tamanho do animal para evitar a deiscência dos pontos cirúrgicos.

11) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal, após a cirurgia, o Veterinário responsável pela castração indicará que o proprietário encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as custas do proprietário do animal.

12) Que foi informado(a) e está ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um número de identificação do seu animal;

13) Que foi também esclarecido é que está ciente de que o tratamento pós-operatório do animal é de sua inteira responsabilidade e deverá manter o animal com água e alimentação adequada, em local higienizado, com colar elisabetano, com cobertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar os medicamentos prescritos e realizar os procedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

14) Que estou ciente dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento cirúrgico citado, estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

15) Sobre a entrega do Hemograma e eletrocardiograma com laudo, o proprietário do animal declara:

( ) Entreguei os exames

() Fui informado sobre a importância da realização do Hemograma e eletrocardiograma para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato. Declaro que não entreguei os exames, pois:

1- () Não tenho condições financeiras de realizar esses exames pois me enquadro em "Família de baixa renda conforme Decreto 6135, 26/06/2007" (família com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou renda familiar total de até três salários mínimos) e/ou possuo o benefício \_\_\_\_\_

2- ( ) Possuo \_\_\_\_\_ gatos e \_\_\_\_\_ cães e não tenho condições de realizar os exames desses animais e a castração se faz necessária para o controle de natalidade para que eu não infrinja o decreto 6328, 14/04/2016.

Congonhas, 27 de Setembro, 2021

e Poliane K. dos Santos

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade



**FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS**

Data da Triagem: 27/09/2021

**1. Identificação do animal:**

Tutor do animal (se houver): Polina dos Santos (Animal de rua) CPF: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua: Rua dos Imigrantes Nº: 4 Bairro: Solo Leito

1.1. Nº do animal: \_\_\_\_\_ 1.2. Nº do microchip: \_\_\_\_\_  
 1.3. Espécie:  cão ( ) gato 1.4. Sexo:  fêmea ( ) macho  
 1.5. Nome: Bolônio 1.6. Raça: SRO 1.7. Idade: \_\_\_\_\_  
 1.8. Peso: 32kg 1.9. Cor: \_\_\_\_\_  
 2.0. Pelagem:  curta ( ) longa 2.1. Característica marcante: \_\_\_\_\_  
 2.2. Castração: ( ) Animal castrado  Animal não castrado ( ) Indeterminado

**2. Recolhimento**

2.1. Data do recolhimento: 27/09/2021  
 2.2. Local do recolhimento: Solo Leito  
 2.3. Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Silvana Amaro  
 2.4. Motivo do recolhimento do animal: Animal de rua recolhido por cast. vacinas  
 2.5. Avaliação do médico veterinário da UVZ: com TVT, apáticas, mucosas pálidas.  
 2.6. Proprietário procurou animal dentro do período previsto de acordo com Lei 3095 de 10 junho de 2011? ( ) Sim. ( ) Não.

**3- Exame clínico**

**3.1. Parâmetros gerais**

Score Corporal:  Muito magro  Magro  Ideal  Sobrepeso  Obeso  
 Atitude Geral:  normal  apático  cambaleante  hiperestésico  imóvel  decúbito  
 PC (Tempo Perfusão Capilar): 3 segundos  
 Mucosas:  pálida  rosa pálida  rósea  congesta  hiperêmica  icterica  cianótica  
 Temperatura: 38 °C (Referência cão: 37,5 - 39,2 °C / Referência gato: 37,8 - 39,2 °C)  
 FC: 140 bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)  
 FR: 24 mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

**3.2. Dermatológico**

3.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas):  normal  prurido  descamação  odores  lesões  
 Obs: \_\_\_\_\_

3.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros \_\_\_\_\_  
 Obs: \_\_\_\_\_

**Controle de carrapatos**

Data	Medicação	Dose	Via	Período



Controle de pulgas				
Data	Medicação	Dose	Via	Período

Controle de sarna				
Data	Medicação	Dose	Via	Período

### 3.3. Sistema digestório

#### 3.3.1. Comportamento alimentar:

- normal    Anorexia (paciente não come nada)    Seletivo    Hiporexia (paciente come pouco)  
 Polifagia (paciente come mais que o habitual)    outro \_\_\_\_\_

Animal apresenta vômito (Êmese)? Tem relação com a ingestão de alimentos? Tem alimentos não digeridos? Sangue? \_\_\_\_\_

#### 3.3.2. Defecação e fezes:

- Normoquesia (Defeca normalmente- fezes normais)    Tenesmo (Dificuldade para defecar)  
 Diarréia    Melena (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior)  
 Hematoquezia (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior).

Obs: \_\_\_\_\_

#### 3.3.3. Abdômen:

Palpação: () sem alterações   ( ) dor abdominal   ( ) aumento de volume

Obs: \_\_\_\_\_

3.3.4. Ingestão de água:  normal    polidipsia    adipsia

Grau de Hidratação:  normal    desidratado (  leve    moderada    grave)

Sinais Clínicos de Desidratação: Afundamento dos olhos:  1    2    3    4

Elasticidade da pele:  1    2    3    4    5    >5 seg

Aparência das mucosas:  Úmidas    rosa    quentes    anêmicas    secas    frias

Estado físico:  normal    prostrado    extremidades frias    coma

### 3.4. Sistema cardiorrespiratório

Respiração:  normal    dispnéia    taquipnéia    bradipnéia

Exame do torax: Movimentos respiratórios:  torácicos    abdominais    torácico-abdominal  
 profundos    superficiais    entrecortado    em golpe    outros \_\_\_\_\_

Tosse/Espirro:  ausente    presente. Características: \_\_\_\_\_

Secreção nasal:  nula    pouca    abundante

Tipo de Secreção:  serosa    mucosa    sanguinolenta    purulenta    mista  
 com espuma    outra \_\_\_\_\_

Secreção ocular:  nula    pouca    abundante   Tipo de Secreção: \_\_\_\_\_

Edema, inchaço (membros, abdômen etc): \_\_\_\_\_

Intolerância ao exercício:  sim    não

SETOR DE ZONOSSES / UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZONOSSES SEBASTIÃO MAURICIO  
**3.5. Sistema genito-urinário**

**Comportamento de Micção:**  normal  anúria (paciente não produz urina)  
 disúria (Dor ou ardor ao urinar)  oligúria (paciente urina em pouca quantidade)  
 poliúria (paciente urina em grande quantidade)  
 polaquiúria (aumento do número de micções com diminuição do volume da urina)  
**Cor:**  amarelo ouro  incolor  avermelhado  castanho  outros  
**Odor:**  sui generis  amoniacal  adocicado  
**Aspecto:**  límpido  turvo  com sedimento

**Fêmeas**

**Presença de cio:**  sim  não **Histórico contraceptivos:** \_\_\_\_\_  
**Mucosa da vulva:**  hipocorada  normocorada  hipercorada  
**Umidade:**  seco  normal  com secreção filamentosa  com fluidos patológicos  
**Secreção:**  não  sim. Sanguinolenta (corramento Sanguinolento)  
**Coloração:**  pálida  rósea  congesta  hiperêmica  ictérica  cianótica  
 Obs: \_\_\_\_\_

**Machos:**

**Testículos:** localização (criptorquidia?)/ consistência/ sensibilidade \_\_\_\_\_  
**Secreção peniana:**  não  sim Obs: \_\_\_\_\_

**3.6- Locomotor**

**Movimentação:**  normal  dificuldade para se locomover  ataxia  paresia  paralisia  dificuldade de transpor obstáculos Obs: \_\_\_\_\_  
**Claudicação:**  não  claudicação leve  claudicação grave  
**Dor ao andar ou quando manipula os membros:**  não  sim (qual(is) membros)  
 Obs: \_\_\_\_\_  
**Histórico de trauma recente (Quedas, atropelamentos, brigas, fugas, etc):** \_\_\_\_\_

**3.7- Nervoso**

	Sim	Não	Obs
<b>Comportamento</b>			
Mudanças de comportamento (agressividade etc?)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Convulsões?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dificuldade para andar		<input checked="" type="checkbox"/>	
Anda em círculos?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Apresenta inclinação de cabeça?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Apresenta tropeços ou quedas quando caminha?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Fica o tempo todo deitado?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Atende quando chama?		<input checked="" type="checkbox"/>	
Responde à estímulos?		<input checked="" type="checkbox"/>	

**4- Exames realizados:**

**4.1. Teste de Leishmaniose Visceral Canina:** ( ) Sim (X) Não. Motivo: 5/ teste LVC no setor

Teste triagem DPP			Teste confirmatório ELISA				*Destino do animal	
Data	Resultado		Data coleta material	Data envio material	Data do resultado	Resultado		
	Reagente	Não reagente				Reagente		Não Reagente

**4.2. Exame esporotricose:** ( ) Sim ( ) Não.



Data do envio do material: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data do resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

4.3. Outros exames: \_\_\_\_\_

5. Vacinação: Raiva: ( ) Sim. Lote: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (X) Não. Motivo: \_\_\_\_\_  
 Outras vacinas: Nome da vacina: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6. Vermifugação: ( ) Sim. (X) Não. Motivo: 5/vermifugo no setor.

Data	Medicação usada	Concentração	Dose	Via	OBS

7- Cuidados básicos/ tratamentos realizados:

Data	Sintomas/quadro geral	Medicação	Concentração	Dose / posologia	Via

8- Castração: Apto a castração?  sim  não \_\_\_\_\_ Data da cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicação usada na cirurgia	Concentração	Dose	Via	Total

Medicação - pós-operatório	Data	Concentração	Dose	Via
<b>Antiinflamatório:</b> _____				
<b>Antibiótico:</b> _____				
<b>Analgésico:</b> _____				

10- Outros procedimentos: \_\_\_\_\_

11- Destino do animal após castração: ( ) UVZ ( ) Eutanásia ( ) Adoção  
 ( ) Solto no local de captura ( ) Devolvido ao Proprietário

12- Responsável pelo preenchimento do termo: \_\_\_\_\_

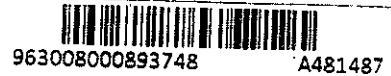


PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA  
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

*Canil 1*

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 26/08/21



Características do animal:

Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro \_\_\_\_\_

( ) Macho  Fêmea

Cor: Amarela Juliana

Pelagem: curta

Porte ( ) Pequeno  Médio ( ) Grande

Raça: SRD

12 kg

Local do recolhimento: Rosa Estrela, Rua Luciano Pereira Pinto, 95 - Juliana protetora deixou o animal na sede

Motivo do recolhimento: Animal no cio. Juliana (OSC PARC) recolheu e deixou na sede.

Funcionário responsável pelo recolhimento: Anisio

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Destino: ( ) UVZ  Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: Devido a emergência apresentou resistência. Prisão com convulsão. Encaminhada pl ONG pl tratamento

Responsável pelo preenchimento do termo: Edvanda

**FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS**

Data da Triagem: 26/08/21

10 Kg

**1. Identificação do animal:**

Tutor do animal (se houver): Juliana (OSC PARC) CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

1.1. N° do animal: \_\_\_\_\_ 1.2. N° do microchip: 963008000893748 A481487  
1.3. Espécie:  cão ( ) gato 1.4. Sexo:  fêmea ( ) macho  
1.5. Nome: \_\_\_\_\_ 1.6. Raça: \_\_\_\_\_ 1.7. Idade: \_\_\_\_\_  
1.8. Peso: 10 kg 1.9. Cor: amarela  
2.0. Pelagem:  curta ( ) longa 2.1. Característica marcante: \_\_\_\_\_  
2.2. Castração: ( ) Animal castrado  Animal não castrado ( ) Indeterminado

**2. Recolhimento**

2.1. Data do recolhimento: 26/08/21  
2.2. Local do recolhimento: Juliana levou na sede do setor de zoonoses. Deixo aqui em de Rua  
2.3. Funcionários responsáveis pelo recolhimento: \_\_\_\_\_ Estimador  
2.4. Motivo do recolhimento do animal: Cão. Aguardar 30 dias p/ a castração.  
2.5. Avaliação do médico veterinário da UVZ: Bom com o local de saúde.

2.6. Proprietário procurou animal dentro do período previsto de acordo com Lei 3095 de 10 junho de 2011? ( ) Sim. ( ) Não.

**3- Exame clínico**

**3.1. Parâmetros gerais**

Escore Corporal:  Muito magro  Magro  Ideal  Sobrepeso  Obeso  
Atitude Geral:  normal  apático  cambaleante  hiperestésico  imóvel  decúbito  
TPC (Tempo Perfusão Capilar): 2 segundos  
Mucosas:  pálida  rosa pálida  rósea  congesta  hiperêmica  icterica  cianótica  
Temperatura: 37,7 °C (Referência cão: 37,5 - 39,2 °C / Referência gato: 37,8 - 39,2 °C)  
FC: 92 bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)  
FR: 24 mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

**3.2. Dermatológico**

3.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas):  normal  prurido  descamação  odores  lesões

Obs: \_\_\_\_\_

3.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Controle de carrapatos**

Data	Medicação	Dose	Via	Período

TR- 38.20 - 20/08/21



Controle de pulgas				
Data	Medicação	Dose	Via	Período

Controle de sarna				
Data	Medicação	Dose	Via	Período

### 3.3. Sistema digestório

#### 3.3.1. Comportamento alimentar:

normal     Anorexia (paciente não come nada)     Seletivo     Hiporexia (paciente come pouco)  
 Polifagia (paciente come mais que o habitual)     outro \_\_\_\_\_  
 Animal apresenta vômito (Êmese)? Tem relação com a ingestão de alimentos? Tem alimentos não digeridos? Sangue? \_\_\_\_\_

#### 3.3.2. Defecação e fezes:

Normoquesia (Defeca normalmente- fezes normais)     Tenesmo (Dificuldade para defecar)  
 Diarréia     Melena (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior)  
 Hematoquezia (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior).  
 Obs: \_\_\_\_\_

#### 3.3.3. Abdômen:

**Palpação:** (X) sem alterações    ( ) dor abdominal    ( ) aumento de volume  
 Obs: \_\_\_\_\_

#### 3.3.4. Ingestão de água: normal    polidipsia    adipsia

**Grau de Hidratação:**  normal     desidratado (  leve     moderada     grave)

**Sinais Clínicos de Desidratação:** Afundamento dos olhos:  1  2  3  4

**Elasticidade da pele:**  1  2  3  4  5  >5 seg

**Aparência das mucosas:**  Úmidas     rosa     quentes     anêmicas     secas     frias

**Estado físico:**  normal     prostrado     extremidades frias     coma

### 3.4. Sistema cardiorrespiratório

**Respiração:**  normal     dispnéia     taquipnéia     bradipnéia

**Exame do torax: Movimentos respiratórios:**  torácicos     abdominais     torácico-abdominal  
 profundos     superficiais     entrecortado     em golpe     outros \_\_\_\_\_

**Tosse/Espirro:**  ausente     presente. Características: \_\_\_\_\_

**Secreção nasal:**  nula     pouca     abundante

**Tipo de Secreção:**  serosa     mucosa     sanguinolenta     purulenta     mista  
 com espuma     outra \_\_\_\_\_

**Secreção ocular:**  nula     pouca     abundante    **Tipo de Secreção:** \_\_\_\_\_

**Edema, inchaço (membros, abdômen etc):** \_\_\_\_\_

**Intolerância ao exercício:**  sim     não

**Sistema genito-urinário**

**Comportamento de Micção:**  normal     anúria (paciente não produz urina)  
 disúria (Dor ou ardor ao urinar)     oligúria (paciente urina em pouca quantidade)  
 poliúria (paciente urina em grande quantidade)  
 polaquiúria (aumento do número de micções com diminuição do volume da urina)  
**Cor:**  amarelo ouro     incolor     avermelhado     castanho     outros  
**Odor:**  sui generis     amoniacal     adocicado  
**Aspecto:**  límpido     turvo     com sedimento

**Fêmeas**

**Presença de cio:**  sim     não    **Histórico contraceptivos:** \_\_\_\_\_  
**Mucosa da vulva:**  hipocorada     normocorada     hiperorada  
**Umidade:**  seco     normal     com secreção filamentosa     com fluídos patológicos  
**Secreção:**  não     sim. \_\_\_\_\_  
**Coloração:**  pálida     rósea     congesta     hiperêmica     icterica     cianótica  
**Obs:** \_\_\_\_\_

*vulva edmaciada*

**Machos:**

**Testículos:** localização (criptorquidia?)/ consistência/ sensibilidade \_\_\_\_\_  
**Secreção peniana:**  não     sim    **Obs:** \_\_\_\_\_

**3.6- Locomotor**

**Movimentação:**  normal     dificuldade para se locomover     ataxia     paresia     paralisia     dificuldade de transpor obstáculos    **Obs:** \_\_\_\_\_  
**Claudicação:**  não     claudicação leve     claudicação grave  
**Dor ao andar ou quando manipula os membros:**  não     sim (qual(is) membros)  
**Obs:** \_\_\_\_\_  
**Histórico de trauma recente (Quedas, atropelamentos, brigas, fugas, etc):** \_\_\_\_\_

**3.7- Nervoso**

Comportamento	Sim	Não	Obs
Mudanças de comportamento (agressividade etc?)		X	
Convulsões?		X	
Dificuldade para andar		X	
Anda em círculos?		X	
Apresenta inclinação de cabeça?		X	
Apresenta tropeços ou quedas quando caminha?		X	
Fica o tempo todo deitado?		X	
Atende quando chama?	X		
Responde à estímulos?	X		

**4- Exames realizados:**

**4.1. Teste de Leishmaniose Visceral Canina:** ( ) Sim    (X) Não. Motivo: *S/ teste*

Teste triagem DPP			Teste confirmatório ELISA				*Destino do animal	
Data	Resultado		Data coleta material	Data envio material	Data do resultado	Resultado		
	Reagente	Não reagente				Reagente		Não Reagente

**4.2. Exame esporotricose:** ( ) Sim    ( ) Não.



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS  
ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS**

**Dados do proprietário do animal:**

Proprietário: Jaci Bandeira  
 Identidade: 0002 419 269 CPF: 3 46604  
 Endereço: AV/Rua: Rua do Guaraná Nº: 400  
 Bairro: Alto Macaúbas Telefones: 14 99784098

**Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: \_\_\_\_\_)**

Nome do animal: Malu Espécie:  cão (-) gato Sexo:  fêmea ( ) macho  
 Raça: SRO Idade: 4 Cor: Caramelo  
 Pelagem: curta Porte: ( ) Pequeno  Médio ( ) Grande  
 Vermifugado: ( ) sim, data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ ( ) não  
 Está no cio ( ) sim ( ) não Último cio: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Já tomou medicação anti cio ( ) sim ( ) não

**Data da entrega do resultado do hemograma e eletrocardiograma com laudo (deverão ser entregues na sede da zoonoses (Rua Benedito Quintino, 321, Centro) no mínimo 24 horas antes da data da cirurgia):** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Data e horário do agendamento da castração:** Data: 05/10/21 horário: 08:36 horas

*Indicado pelo Vanderlei*

O proprietário, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar em seu animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Horário: \_\_\_/\_\_\_ horas.

Declara que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose (doença do carrapato), não é portador de doença com tratamento contínuo (convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes), não pariu a menos de 60 dias, que possui idade entre 6 meses a 6 anos, e declara ainda:

- 1) Que lhe foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;
- 2) Que está ciente dos riscos referentes a cirurgia e a anestesia, conforme foi orientado.
- 3) Que o animal acima descrito realizou jejum de alimentos por 12 (doze) horas e líquidos (água etc) no mínimo 8 (oito) horas antes da realização do procedimento cirúrgico, e que está ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;
- 4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, está ciente que existe um risco de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico, da anestesia, das condições vitais do paciente, de problemas ainda não diagnosticados no animal e, que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;
- 5) Que foi informado(a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter o seu animal à presente cirurgia está também sujeita a sofrer complicações e peculiaridades, intra-operatórias e pós-operatórias.
- 6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

*Constatado fazer tratamento do quadrado antes da cirurgia  
 \* não possui na Zoonoses - Pionetria  
 Pionet. Levan 05/10/21*

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a esteja gestante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a segurança do animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, neste caso, não há como mantê-los vivos. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

8) Que foi orientado a vermifugar o animal (receita prescrita e entregue ao proprietário no dia da triagem) com prazo de no mínimo 7 dias antes da cirurgia;

9) Que será responsável pelo transporte do animal, que deve ser feito de acordo com as normas do Código de Trânsito Brasileiro, até a UVZ no dia e horário agendado (permitido atraso máximo de 10 minutos) para a castração e que deverá permanecer no local até que a cirurgia seja finalizada para alta do animal e recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverá levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano compatível com o tamanho do animal para evitar a deiscência dos pontos cirúrgicos.

11) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal; após a cirurgia, o Veterinário responsável pela castração indicará que o proprietário encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as custas do proprietário do animal.

12) Que foi informado(a) e está ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um número de identificação do seu animal;

13) Que foi também esclarecido é que está ciente de que o tratamento pós-operatório do animal é de sua inteira responsabilidade e deverá manter o animal com água e alimentação adequada, em local higienizado, com colar elisabetano, com cobertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar os medicamentos prescritos e realizar os procedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

14) Que estou ciente dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento cirúrgico citado, estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

15) Sobre a entrega do Hemograma e eletrocardiograma com laudo, o proprietário do animal declara:

( ) Entreguei os exames

( ) Fui informado sobre a importância da realização do Hemograma e eletrocardiograma para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato. Declaro que não entreguei os exames, pois:

1- ( ) Não tenho condições financeiras de realizar esses exames pois me enquadro em "Família de baixa renda conforme Decreto 6135, 26/06/2007" (família com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou renda familiar total de até três salários mínimos) e/ou possuo o benefício \_\_\_\_\_

2- ( ) Possuo \_\_\_\_\_ gatos e \_\_\_\_\_ cães e não tenho condições de realizar os exames desses animais e a castração se faz necessária para o controle de natalidade para que eu não infrinja o decreto 6328, 14/04/2016.

*Indicado pelo Vendedor*

Congonhas, 05 de outubro, 20 21

*Jair Manoel Bonfante*

**Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade**

**FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS**

Data da Triagem: 05 / 10 / 21

**1. Identificação do animal:**

Tutor do animal (se houver): Isai Bonfina CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Bairro: 251 - Gls. 406 - 04

1.1. N° do animal: \_\_\_\_\_ 1.2. N° do microchip: \_\_\_\_\_  
1.3. Espécie: () cão ( ) gato 1.4. Sexo: () fêmea ( ) macho  
1.5. Nome: malu 1.6. Raça: SRD 1.7. Idade: \_\_\_\_\_  
1.8. Peso: \_\_\_\_\_ 1.9. Cor: cazumelo  
2.0. Pelagem: () curta ( ) longa 2.1. Característica marcante: \_\_\_\_\_  
2.2. Castração: ( ) Animal castrado () Animal não castrado ( ) Indeterminado

**2. Recolhimento**

2.1. Data do recolhimento: 1 / 1  
2.2. Local do recolhimento: Sanatório levou o animal até a UVZ. Segundo o rastro  
2.3. Funcionários responsáveis pelo recolhimento: foi indicado pelo Veterinário Vanderlei.  
2.4. Motivo do recolhimento do animal: \_\_\_\_\_  
2.5. Avaliação do médico veterinário da UVZ: \_\_\_\_\_

2.6. Proprietário procurou animal dentro do período previsto de acordo com Lei 3095 de 10 junho de 2011? ( ) Sim. ( ) Não.

Obs: Animal apresenta piometria.

**3- Exame clínico**

**3.1. Parâmetros gerais**

Escore Corporal:  Muito magro  Magro  Ideal  Sobrepeso  Obeso  
Atitude Geral:  normal  apático  cambaleante  hiperestésico  imóvel  decúbito  
TPC (Tempo Perfusão Capilar): 3 segundos  
Mucosas:  pálida  rosa pálida  rósea  congesta  hiperêmica  icterica  cianótica  
Temperatura: 40,2 °C (Referência cão: 37,5 - 39,2 °C / Referência gato: 37,8 - 39,2 °C)  
FC: 120 bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)  
FR: 24 mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

**3.2. Dermatológico**

3.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas):  normal  prurido  descamação  odores  lesões  
Obs: \_\_\_\_\_  
3.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros \_\_\_\_\_  
Obs: \_\_\_\_\_

Controle de carrapatos				
Data	Medicação	Dose	Via	Período



**Controle de pulgas**

Data	Medicação	Dose	Via	Período

**Controle de sarna**

Data	Medicação	Dose	Via	Período

**3.3. Sistema digestório**

**3.3.1. Comportamento alimentar:**

- normal     Anorexia (paciente não come nada)     Seletivo     Hiporexia (paciente come pou  
 Polifagia (paciente come mais que o habitual)     outro \_\_\_\_\_

Animal apresenta vômito (Êmese)? Tem relação com a ingestão de alimentos? Tem alimentos r  
digeridos? Sangue? \_\_\_\_\_

**3.3.2. Defecação e fezes:**

- Normoquesia (Defeca normalmente- fezes normais)     Tenesmo (Dificuldade para defecar)  
 Diarréia     Melena (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior)  
 Hematoquezia (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior).

Obs: \_\_\_\_\_

**3.3.3. Abdômen:**

Palpação: ( ) sem alterações    ( ) dor abdominal    () aumento de volume

Obs: \_\_\_\_\_

**3.3.4. Ingestão de água:**  normal     polidipsia     adipsia

**Grau de Hidratação:**  normal     desidratado (  leve     moderada     grave)

**Sinais Clínicos de Desidratação:** Afundamento dos olhos:  1     2     3     4

**Elasticidade da pele:**  1     2     3     4     5     >5 seg

**Aparência das mucosas:**  Úmidas     rosa     quentes     anêmicas     secas     frias

**Estado físico:**  normal     prostrado     extremidades frias     coma

**3.4. Sistema cardiorrespiratório**

**Respiração:**  normal     dispnéia     taquipnéia     bradipnéia

**Exame do torax: Movimentos respiratórios:**  torácicos     abdominais     torácico-  
abdominal     profundos     superficiais     entrecortado     em golpe     outros \_\_\_\_\_

**Tosse/Espirro:**  ausente     presente. Características: \_\_\_\_\_

**Secreção nasal:**  nula     pouca     abundante

**Tipo de Secreção:**  serosa     mucosa     sanguinolenta     purulenta     mista  
 com espuma     outra \_\_\_\_\_

**Secreção ocular:**  nula     pouca     abundante    Tipo de Secreção: \_\_\_\_\_

**Edema, inchaço (membros, abdômen etc):** \_\_\_\_\_

**Intolerância ao exercício:**  sim     não

5. Sistema genito-urinário

**Comportamento de Micção:**  normal  anúria (paciente não produz urina)  
 disúria (Dor ou ardor ao urinar)  oligúria (paciente urina em pouca quantidade)  
 poliúria (paciente urina em grande quantidade)  
 polaquiúria (aumento do número de micções com diminuição do volume da urina)  
**Cor:**  amarelo ouro  incolor  avermelhado  castanho  outros  
**Odor:**  sui generis  amoniacal  adocicado  
**Aspecto:**  límpido  turvo  com sedimento

Fêmeas

**Presença de cio:**  sim  não **Histórico contraceptivos:** \_\_\_\_\_  
**Mucosa da vulva:**  hipocorada  normocorada  hiperorada  
**Umidade:**  seco  normal  com secreção filamentosa  com fluidos patológicos  
**Secreção:**  não  sim. purulenta (pus metron aberta)  
**Coloração:**  pálida  rósea  congesta  hiperêmica  icterica  cianótica  
 Obs: \_\_\_\_\_

Machos:

**Testículos:** localização (criptorquia?)/ consistência/ sensibilidade \_\_\_\_\_  
**Secreção peniana:**  não  sim \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

3.6- Locomotor

**Movimentação:**  normal  dificuldade para se locomover  ataxia  paresia  paralisia  dificuldade de transpor obstáculos Obs: \_\_\_\_\_  
**Claudicação:**  não  claudicação leve  claudicação grave  
**Dor ao andar ou quando manipula os membros:**  não  sim (qual(is) membros)  
 Obs: \_\_\_\_\_  
**Histórico de trauma recente (Quedas, atropelamentos, brigas, fugas, etc):** \_\_\_\_\_

3.7- Nervoso

	Sim	Não	Obs
<b>Comportamento</b>			
Mudanças de comportamento (agressividade etc?)		X	
Convulsões?		X	
Dificuldade para andar		X	
Anda em círculos?		X	
Apresenta inclinação de cabeça?		X	
Apresenta tropeços ou quedas quando caminha?		X	
Fica o tempo todo deitado?		X	
Atende quando chama?	X		
Responde à estímulos?	X		

4- Exames realizados:

4.1. Teste de Leishmaniose Visceral Canina: ( ) Sim (X) Não. Motivo: S/ teste

Teste triagem DPP			Teste confirmatório ELISA				*Destino do animal	
Data	Resultado		Data coleta material	Data envio material	Data do resultado	Resultado		
	Reagente	Não reagente				Reagente		Não Reagente

4.2. Exame esporotricose: ( ) Sim ( ) Não.



Data do envio do material: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data do resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

4.3. Outros exames: \_\_\_\_\_

5. Vacinação: Raiva: ( ) Sim. Lote: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (X) Não. Motivo: 5) Vacinas  
 Outras vacinas: Nome da vacina: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6. Vermifugação: ( ) Sim. (X) Não. Motivo: 5) Vermifugação no setor.

Data	Medicação usada	Concentração	Dose	Via	OBS

7- Cuidados básicos/ tratamentos realizados:

Data	Sintomas/quadro geral	Medicação	Concentração	Dose / Via posologia	Via

8- Castração: Apto a castração?  sim  não Promêta aberta Data da cirurgia: 05/10/20

Medicação usada na cirurgia	Concentração	Dose	Via	Total
<u>Xiloprina</u>				
<u>Clorpromazina</u>				
<u>Diazepam</u>				
<u>Insulina</u>				

Medicação - pós-operatório	Data	Concentração	Dose	Via
<b>Antiinflamatório:</b>				
<b>Antibiótico:</b>				
<b>Analgésico:</b>				

10- Outros procedimentos: \_\_\_\_\_

11- Destino do animal após castração: ( ) UVZ ( ) Eutanásia ( ) Adoção  
 ( ) Solto no local de captura (X) Devolvido ao Proprietário

12- Responsável pelo preenchimento do termo: [Assinatura]

## ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

<b>Dados do proprietário do animal:</b>	
Proprietário: <u>Marcos Vinicius Souza Machado</u>	
Identidade: _____	CPF: <u>14.5580576-95</u>
Endereço: Av/Rua: <u>Av. Padre Domício S. Dias</u>	Nº: <u>3909</u>
Bairro: <u>Grande Park</u>	Telefones: <u>9971-4194</u>
<b>Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: _____)</b>	
Nome do animal: <u>Lara</u>	Espécie: <input checked="" type="checkbox"/> cão ( ) gato      Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> fêmea ( ) macho
Raça: <u>SFD</u>	Idade: _____      Cor: <u>Salomão</u>
Pelagem: <u>curta</u>	Porte: ( ) Pequeno <input checked="" type="checkbox"/> Médio ( ) Grande
Vermifugado: ( ) sim, data: ___/___/20___	<input checked="" type="checkbox"/> não
Está no cio ( ) sim ( <input checked="" type="checkbox"/> não	Último cio: _____      Peso: <u>20kg</u>
Já tomou medicação anti cio ( ) sim ( ) não	
<b>Data da entrega do resultado do hemograma e eletrocardiograma com laudo (deverão ser entregues na sede da zoonoses (Rua Benedito Quintino, 321, Centro) no mínimo 24 horas antes da data da cirurgia):</b> Data: ___/___/___	
<b>Data e horário do agendamento da castração:</b> Data: ___/___/___      horário: ___:___ horas	

O proprietário, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar em seu animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. Horário: \_\_\_/\_\_\_ horas.

Declara que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose (doença do carrapato), não é portador de doença com tratamento contínuo (convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes), não pariu a menos de 30 dias, que possui idade entre 6 meses a 6 anos, e declara ainda:

- 1) Que lhe foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;
- 2) Que está ciente dos riscos referentes a cirurgia e a anestesia, conforme foi orientado.
- 3) Que o animal acima descrito realizou jejum de alimentos por 12 (doze) horas e líquidos (água etc) no mínimo 8 (oito) horas antes da realização do procedimento cirúrgico, e que está ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;
- 4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, está ciente que existe um risco de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico, da anestesia, das condições vitais do paciente, de problemas ainda não diagnosticados no animal e, que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente;
- 5) Que foi informado(a) e está ciente de que, como em qualquer outro ato operatório, ao submeter o seu animal à presente cirurgia está também sujeita a sofrer complicações e peculiaridades, intra-operatórias e pós-operatórias.
- 6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

05/10/21

não possui na documentação.

Animal obeso Emagrecer.

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que esteja gestante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a seguir o animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, neste caso, não há como mantê-los. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

8) Que foi orientado a vermifugar o animal (receita prescrita e entregue ao proprietário no dia da triagem) prazo de no mínimo 7 dias antes da cirurgia;

9) Que será responsável pelo transporte do animal, que deve ser feito de acordo com as normas do Código de Trânsito Brasileiro, até a UVZ no dia e horário agendado (permitido atraso máximo de 10 minutos) para a castração e que deverá permanecer no local até que a cirurgia seja finalizada para alta do animal e recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverá levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano compatível com o tamanho do animal para evitar a deiscência dos pontos cirúrgicos.

11) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal, após a cirurgia, o Veterinário responsável pela castração indicará que o proprietário encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as custas do proprietário do animal.

12) Que foi informado(a) e está ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um número de identificação do seu animal;

13) Que foi também esclarecido é que está ciente de que o tratamento pós-operatório do animal é de inteira responsabilidade e deverá manter o animal com água e alimentação adequada, em local higiênico, com colar elisabetano, com cobertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar medicamentos prescritos e realizar os procedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

14) Que estou ciente dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento cirúrgico citado, estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

15) Sobre a entrega do Hemograma e eletrocardiograma com laudo, o proprietário do animal declara:

( ) Entreguei os exames

( ) Fui informado sobre a importância da realização do Hemograma e eletrocardiograma para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo a inteira responsabilidade desse ato. Declaro que não entreguei os exames, pois:

1- (X) Não tenho condições financeiras de realizar esses exames pois me enquadrando em "Família de baixa renda conforme Decreto 6135, 26/06/2007" (família com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou renda familiar total de até três salários mínimos) e/ou possuo o benefício \_\_\_\_\_

2- ( ) Possuo 01 gatos e \_\_\_\_\_ cães e não tenho condições de realizar os exames desses animais para a castração se faz necessária para o controle de natalidade para que eu não infrinja o decreto 14/04/2016.

Congonhas, 05 de Outubro, 2021

Lucas Vinícius Souza Machado

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

*Indicado pela ONG - Gira*

Valentini  
da ON  
PARC

**FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS**

Data da Triagem: 05/06/21

**1. Identificação do animal:**

Tutor do animal (se houver): Marco Vinicius CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua: Rua Manoel N°: 3904 Bairro: Gran Park

1.1. N° do animal: \_\_\_\_\_ 1.2. N° do microchip: \_\_\_\_\_

1.3. Espécie:  cão ( ) gato 1.4. Sexo:  fêmea ( ) macho

1.5. Nome: Livi 1.6. Raça: \_\_\_\_\_ 1.7. Idade: \_\_\_\_\_

1.8. Peso: 5,5 kg 1.9. Cor: Canário

2.0. Pelagem: ( ) curta ( ) longa 2.1. Característica marcante: \_\_\_\_\_

2.2. Castração: ( ) Animal castrado  Animal não castrado ( ) Indeterminado

**2. Recolhimento**

2.1. Data do recolhimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2.2. Local do recolhimento: \_\_\_\_\_

2.3. Funcionários responsáveis pelo recolhimento: \_\_\_\_\_

2.4. Motivo do recolhimento do animal: \_\_\_\_\_

2.5. Avaliação do médico veterinário da UVZ: \_\_\_\_\_

2.6. Proprietário procurou animal dentro do período previsto de acordo com Lei 3095 de 10 junho de 2011? ( ) Sim. ( ) Não.

**3- Exame clínico**

**3.1. Parâmetros gerais**

Escore Corporal:  Muito magro  Magro  Ideal  Sobrepeso  Obeso

Atitude Geral:  normal  apático  cambaleante  hiperestésico  imóvel  decúbito.

TPC (Tempo Perfusão Capilar): \_\_\_\_\_ segundos

Mucosas:  pálida  rosa pálida  rósea  congesta  hiperêmica  icterica  cianótica

Temperatura: 38,5 °C (Referência cão: 37,5 - 39,2 °C / Referência gato: 37,8 - 39,2 °C)

FC: 120 bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)

FR: 40 mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

**3.2. Dermatológico**

3.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas):  normal  prurido  descamação  odores  lesões

Obs: \_\_\_\_\_

3.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**Controle de carrapatos**

Data	Medicação	Dose	Via	Período

**Comportamento de Micção:**  normal     anúria (paciente não produz urina)  
 disúria (Dor ou ardor ao urinar)     oligúria (paciente urina em pouca quantidade)  
 poliúria (paciente urina em grande quantidade)  
 polaquiúria (aumento do número de micções com diminuição do volume da urina)  
**Cor:**  amarelo ouro     incolor     avermelhado     castanho     outros  
**Odor:**  sui generis     amoniacal     adocicado  
**Aspecto:**  límpido     turvo     com sedimento

**Fêmeas**

**Presença de cio:**  sim     não    **Histórico contraceptivos:** \_\_\_\_\_  
**Mucosa da vulva:**  hipocorada     normocorada     hiperorada  
**Umidade:**  seco     normal     com secreção filamentosa     com fluidos patológicos  
**Secreção:**  não     sim. \_\_\_\_\_  
**Coloração:**  pálida     rósea     congesta     hiperêmica     ictérica     cianótica  
 Obs: \_\_\_\_\_

**Machos:**

**Testículos:** localização (criptorquidia?)/ consistência/ sensibilidade \_\_\_\_\_  
**Secreção peniana:**  não     sim \_\_\_\_\_ Obs: \_\_\_\_\_

**3.6- Locomotor**

**Movimentação:**  normal     dificuldade para se locomover     ataxia     paresia     paralisia     dificuldade de transpor obstáculos Obs: \_\_\_\_\_  
**Claudicação:**  não     claudicação leve     claudicação grave  
**Dor ao andar ou quando manipula os membros:**  não     sim (qual(is) membros)  
 Obs: \_\_\_\_\_  
**Histórico de trauma recente (Quedas, atropelamentos, brigas, fugas, etc):** \_\_\_\_\_

**3.7- Nervoso**

Comportamento	Sim	Não	Obs
Mudanças de comportamento (agressividade etc?)		X	
Convulsões?		X	
Dificuldade para andar		X	
Anda em círculos?		X	
Apresenta inclinação de cabeça?		X	
Apresenta tropeços ou quedas quando caminha?		X	
Fica o tempo todo deitado?		X	
Atende quando chama?	X		
Responde à estímulos?	X		

**4- Exames realizados:**

**4.1. Teste de Leishmaniose Visceral Canina:** ( ) Sim (X) Não. Motivo: *sintoma*

Teste triagem DPP			Teste confirmatório ELISA				*Destino do animal	
Data	Resultado		Data coleta material	Data envio material	Data do resultado	Resultado		
	Reagente	Não reagente				Reagente		Não Reagente

**4.2. Exame esporotricose:** ( ) Sim ( ) Não.



Controle de puígas				
Data	Medicação	Dose	Via	Período

Controle de sarna				
Data	Medicação	Dose	Via	Período

### 3.3. Sistema digestório

#### 3.3.1. Comportamento alimentar:

normal    Anorexia (paciente não come nada)    Seletivo    Hiporexia (paciente come pouco)  
 Polifagia (paciente come mais que o habitual)    outro \_\_\_\_\_  
 Animal apresenta vômito (Êmese)? Tem relação com a ingestão de alimentos? Tem alimentos não digeridos? Sangue? \_\_\_\_\_

#### 3.3.2. Defecação e fezes:

Normoquesia (Defeca normalmente- fezes normais)    Tenesmo (Dificuldade para defecar)  
 Diarréia    Melena (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior)  
 Hematoquezia (Sangue digerido nas fezes- Remete a uma afecção de TGI superior).  
 Obs: \_\_\_\_\_

#### 3.3.3. Abdômen:

**Palpação:** (  ) sem alterações   ( ) dor abdominal   ( ) aumento de volume  
 Obs: \_\_\_\_\_

3.3.4. Ingestão de água:  normal    polidipsia    adipsia

**Grau de Hidratação:**  normal    desidratado (  leve    moderada    grave)

**Sinais Clínicos de Desidratação:** Afundamento dos olhos:  1    2    3    4

**Elasticidade da pele:**  1    2    3    4    5    >5 seg

**Aparência das mucosas:**  Úmidas    rosa    quentes    anêmicas    secas    frias

**Estado físico:**  normal    prostrado    extremidades frias    coma

### 3.4. Sistema cardiorrespiratório

**Respiração:**  normal    dispnéia    taquipnéia    bradipnéia

**Exame do torax: Movimentos respiratórios:**  torácicos    abdominais    torácico-abdominal  
 profundos    superficiais    entrecortado    em golpe    outros \_\_\_\_\_

**Tosse/Espirro:**  ausente    presente. Características: \_\_\_\_\_

**Secreção nasal:**  nula    pouca    abundante

**Tipo de Secreção:**  serosa    mucosa    sanguinolenta    purulenta    mista  
 com espuma    outra \_\_\_\_\_

**Secreção ocular:**  nula    pouca    abundante   Tipo de Secreção: \_\_\_\_\_

**Edema, inchaço (membros, abdômen etc):** \_\_\_\_\_

**Intolerância ao exercício:**  sim    não



Data do envio do material: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data do resultado: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_

4.3. Outros exames: \_\_\_\_\_

5. Vacinação: Raiva: ( ) Sim. Lote: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (X) Não. Motivo: S/Vacina  
 Outras vacinas: Nome da vacina: \_\_\_\_\_ Lote: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6. Vermifugação: ( ) Sim. (X) Não. Motivo: S/Vermifugo

Data	Medicação usada	Concentração	Dose	Via	OBS

7- Cuidados básicos/ tratamentos realizados:

Data	Síntomas/quadro geral	Medicação	Concentração	Dose / Via posologia

8- Castração: Apto a castração?  sim  não obvia Data da cirurgia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medicação usada na cirurgia	Concentração	Dose	Via	Total

Medicação - pós-operatório	Data	Concentração	Dose	Via
Antiinflamatório:				
Antibiótico:				
Analgésico:				

10- Outros procedimentos: \_\_\_\_\_

11- Destino do animal após castração: ( ) UVZ ( ) Eutanásia ( ) Adoção  
 ( ) Solto no local de captura (X) Devolvido ao Proprietário

12- Responsável pelo preenchimento do termo: \_\_\_\_\_