Ofício n.º PMC/SEGOV/021/2023

Congonhas, 24 de janeiro de 2023.

Exmo. Sr.
Igor Jonas Souza Costa,
Presidente da Câmara Municipal de Congonhas/MG.

Prezado Senhor,

Em atenção ao Ofício 106/2022/Secretaria, encaminhamos a V. Exa. a C.I. nº PMC/GAB/SMS/456/2022, por meio da qual a Secretaria Municipal de Saúde presta informações em atendimento ao Requerimento CMC/289/2022, de autoria do nobre vereador Lucas Santos Vicente.

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

Atenciosamente,

SIMONIA MARIA DE JESUS MAGALHAES
Assinado de forma digital por SIMONIA MARIA DE JESUS MAGALHAES
Dados: 2023.01.27 11:47:07 -03'00'

Simônia Maria de Jesus Magalhães
Secretária Municipal de Governo

MSR

Câmara Municipal de Congonhas
PROTOCOLO GERAL 265/2023
Data: 30/01/2023 - Horário: 11:27
Legislativo

Congonhas SAÚDE

Allan Diego Falci
Secretário Municipal de Saúde

COMUNICAÇÃO INTERNA

Nº PMC/GAB/SMS/456/2022

DE: Allan Diego Falci - Secretaria Municipal de Saúde

PARA: Simônia Maria de Jesus Magalhães - Secretaria Municipal de Governo

DATA: 15/12/2022

Prezada Secretária,

Em atenção ao Requerimento CMC Nº 289/2022 formulada pela Câmara Municipal de Congonhas, Vereador Lucas Santos Vicente, referente ao castração, encaminhamos resposta em anexo.

Atenciosamente,

Allan Diego Falci
Secretário Municipal de Saúde

Allan Diego Falci

Secretário Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

CI PMC/SMS/GVS/ZOO/nº 0154/22

Congonhas, 13 de dezembro de 2022.

Da: Gerência de Vigilância em Saúde /Setor de Zoonoses

Para: Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Encaminha resposta ao Requerimento nº 289/22, do vereador Lucas Santos Vicente.

Prezado Senhor,

Encaminhamos CI 0132/22 e documentação contendo resposta ao Requerimento nº 289/22, do vereador Lucas Santos Vicente.

Conteúdo do envelope: Termos de autorização de castração.

Sem mais, nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos e despedimo-nos

Atenciosamente,

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

Setor de Zoonoses

Carla Cristina Vartuli Cavanellas
Chefe de Depto. de Fiscalização
e Vigilância em Saúde
Mat.: 20143051

Gerência de Vigilância em Saúde

Sandra Rodrigues Oliveira Freitas
Mat. nº 2014.
Secretaria M. de Saúde
Congonhas/MG

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES

Comunicação Interna – CI PMC/SMS/GVS/ZOO nº 0132/2022

Data: 21 de novembro de 2022

Do: Setor de Zoonoses

Para: Secretário Municipal de Saúde – Allan Diego Falci

C/C- Gerência de Vigilância em Saúde – Carla Vartuli

Prezado (a) Senhor (a),

Em atenção ao Requerimento nº 289/2022, do vereador Lucas Santos Vicente, recebido em 01/11/22, informamos que:

1- Quantos animais estão sendo castrados por semana?

A castração na UVZ, não tem um número fixo de animais/dia e consequentemente por semana. Essa variação se deve ao número de funcionários, equipe em número insuficiente, transporte irregular, tempo de deslocamento da equipe, feriados, outros serviços do setor de zoonoses, além do alto índice de absenteísmo às cirurgias.

Importante ressaltar que aqui não é Centro de Castração e nem funciona como castramóvel e sim Unidade de Vigilância de Zoonoses – UVZ, que deve prioritariamente, realizar ações e estratégias para prevenção e controle de zoonoses.

Os trabalhos realizados na UVZ, seguem as orientações da Portaria MS 1138 de 23/05/2014, sendo que a castração não é o foco principal do setor e sim, apenas, mais uma das atividades do setor.

Em anexo (ANEXO I) planilha de castração do ano de 2022 (março até outubro).

2- Quantos animais de rua são castrados por semana?

Conforme citado anteriormente, não há número fixo de castrações por dia ou semana.

Em anexo (ANEXO II) Planilha de animais de rua castrados na UVZ, no período de março até outubro de 2022.

3- Ficha de todos os animais castrados de rua, considerando assinatura do proprietário e número de contato?

Cópias das fichas /termos de autorização de castração de animais de rua da ONG, outros protetores e animais recolhidos pela UVZ, contendo assinatura do responsável, chip do animal. (ANEXO III)

Animais de rua castrados na UVZ, são: os recolhidos pela UVZ, os trazidos pela ONG PARC, outros tutores de cães comunitários e demais protetores.

Se o animal é de rua, não tem proprietário, tem no máximo tutor, preenchemos o "Termo de Responsabilidade para castração de animal de rua" (OSC PARC e outros protetores ou tutores) e no caso de cães recolhidos pela UVZ nas ruas, é preenchido o Termo de Recolhimento.

4- Todos animais de rua que foram castrados estão com microchip?

Todos os animais castrados na UVZ, independente se de rua ou proprietário, são chipados. Vide termos de recolhimento e termos de responsabilidade de castração.

Os animais castrados no castramóvel do CODAP também recebem microchip.

5- Existe fila de espera para castração de cães e gatos domiciliar?

Sim. Existe fila de espera para animais domiciliados.
1- Conforme Lei federal Nº 13.426, de 30 de março de 2017 (Dispõe sobre a política de controle da natalidade de cães e gatos e dá outras providências) e situação epidemiológica atual do município terão prioridade para a castração, cães e gatos:

1.1- errantes

1.2- animais de rua recolhidos por organizações de sociedade civil (OSC PARC) com o objetivo de cooperação mútua, controle populacional ética, guarda responsável e/ou adoção. Esses animais (de rua) são castrados semanalmente, nas quartas-feiras (serão disponibilizadas 8 castrações por semana).

1.3- pertencentes a comunidades de baixa renda. Para comprovação, o tutor deverá apresentar CAD único.

1.4- em situações de superpopulação (residências com 5 ou mais animais).

1.5- em alto risco epidemiológico (casos de esporotricose, leishmaniose dentre outras). Os casos serão avaliados pelos técnicos do setor para comprovação das doenças

1.6- cães da raça pitbull

1.7- todos os felinos machos e fêmeas, por serem de vida livre, possuírem alta taxa de procriação e devido a incidência de esporotricose no município.

1.8- localizados nas comunidades com calamidades ou outras situações reconhecidas pelos técnicos da UVZ como indicadores da providência.

1.9- Doados pela UVZ, comprovadamente.

2- Para requerimento do serviço de castração de cães e gatos o tutor responsável pelo animal deverá comparecer a sede do Setor de Zoonoses (Rua Manganês, 34, Praia), portando documentos pessoais e comprovante de endereço para efetuar o cadastro do animal. No caso do CAD ÚNICO o tutor deverá levar comprovante.

6- Quantos animais se encontra no CCZ no Plataforma?

Na UVZ Plataforma, o número de animais varia conforme o serviço executado, pois aqui não funciona como abrigo e sim como canil de passagem. O animal de rua é recolhido para castração, para observação de raiva e outras zoonoses ou permanece na UVZ aguardando resultado de teste ELISA para leishmaniose.

Conforme Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses: Normas Técnicas e Operacionais (Ministério da Saúde, 2016) o recolhimento de animais pela Unidade de Vigilância de Zoonoses (UVZ) deve ser efetuado de maneira seletiva. Deve-se considerar a situação epidemiológica local e a saúde da população humana, e deve ser recolhido

(recolhimento seletivo) o animal que apresentar risco iminente de transmissão de zoonose de relevância para a saúde pública. Animais de rua com suspeita de zoonoses (leishmaniose, esporotricose, leptospirose, raiva etc) ou mordedor (comprovadamente), serão recolhidos para observação e avaliação médica veterinária, observando normatização vigente quanto aos prazos estipulados de permanência do animal na Unidade de Vigilância de Zoonoses.

A UVZ do município de Congonhas possui bloco cirúrgico para realização de controle reprodutivo de cães e gatos e 16 canis para alojamento de cães de rua de relevância epidemiológica e cães a serem castrados. Esses canis são de passagem, não sendo indicado a permanência definitiva dos animais nos mesmos, pois essa configuraria "abrigo de animais" e impossibilitaria a rotatividade necessária do serviço de castração e para a vigilância permanente de zoonoses. Reiteramos, portanto, que, a UVZ não é abrigo de animais e sim Unidade de Vigilância de zoonoses em funcionamento desde 2018 e que seus recursos e espaços disponíveis são devidamente utilizados para o fim ao qual se destinam.

A Prefeitura de Congonhas, por meio da Unidade de Vigilância de Zoonoses, reconhece a existência dos cães de rua e do hábito dos felinos (criação peridomiciliar) e garante atendimento aos mesmos através do "Programa de castração permanente de cães e gatos". A esterilização cirúrgica é a principal intervenção de controle de natalidade de cães e gatos em áreas urbanas e, para a saúde pública, favorece a diminuição dos transtornos decorrentes da superpopulação, como agravos, brigas por território e transmissões de doenças. Conforme disponibilidade de canis na UVZ e veículo A equipe de zoonoses realiza o recolhimento de cães na rua, transporta até a UVZ; tria os animais; realiza controle de endo (vermes) e ectoparasitas (carrapato, pulgas e sarna) (se necessário) e testa para diagnóstico de leishmaniose visceral canina. Caso estejam aptos, com boa saúde e negativos para leishmaniose, são castrados e recebem um microchip. Permanecem na UVZ por cerca de 10 dias (período de pós-operatório). Os animais são vacinados contra a raiva (quando disponível), retiramos o ponto da cirurgia e são soltos no local de captura.

Atualmente estamos com 13 animais.

7- Quantos animais as ONGs do nosso município castram por semana?

Como a OSC PARC é a única ONG de proteção animal registrada no município, a Prefeitura de Congonhas abriu vagas para castração de animais de rua capturados e alojados em seu canil, com o objetivo de cooperação.
No caso de outros protetores que nos procuram, pedimos que nos comuniquem a localização do animal na rua que vamos recolher para castrar.

8- Ficha de todos os animais de rua castrados através das ONGs e envio dos registros dos microchips e localização desses animais?

As fichas já estão em anexo, conforme pedido no item 3.

Os registros desses animais, bem como chip e endereço se encontram nos termos de autorização de castração de animal de rua (ANEXO III).

Localização desses animais só a OSC PARC pode informar. Nós só recebemos os animais vindos da OSC para castrar, no mesmo dia esses animais são levados para pós-operatório no canil da OSC.

9- Existe um dia específico para atendimento a animais de ruas separados do atendimento geral?

Em geral, os animais de rua da OSC PARC são atendidos as quartas-feiras. Os demais animais (UVZ, comunitários, protetores e proprietários) atendemos conforme agenda e disponibilidade ou falta.

10- Qual ONG responsável pelo atendimento aos animais de rua para castração?

A OSC PARC é a única ONG de proteção animal registrada no município, portanto, é ela a responsável pelo tratamento de animais de rua e envio de animais de rua recolhidos ou abrigados em seu canil a UVZ para castração

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES

Em relação ao bem-estar e proteção dos animais a Prefeitura de Congonhas mantém convênio através de Termo de Fomento com a OSC PARC que tem como prerrogativa o bem-estar animal, alojamento, tratamento de animais de rua, alimentação, doações e atividades educativas de posse responsável.

A Prefeitura firmou convênio com essa organização para tratamento de animais de rua, através do Termo de fomento nº 003/2021, onde é repassado recurso financeiro no valor de R$ 597.995,79, para tal ação, uma vez que a UVZ, em conformidade com a legislação vigente, não pode realizar essa atividade, por não fazer parte do seu escopo.

Atenciosamente,

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

Setor de Zoonoses

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

ANEXO I – Planilha de animais castrados na Unidade de Vigilância de Zoonoses, no ano de 2022, distribuídos por dia - período de março a outubro

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
MARÇO	
23/03/2022	2 cães machos
Total: 2	
Parcial Março: 2 animais	
ABRIL	
11/04/2022	4 felinos macho
	7 felinos fêmea
total 2 + 11 = 13	
12/04/2022	6 felinos fêmea (2 não castrou – baixo peso)
	3 felinos macho
	Faltou um animal
total 13 + 09 = 22	
13/04/2022	5 felinos macho
	5 felinos fêmea
total 22 + 10 = 32	
18/04/2022	5 felinos fêmea
	1 Canino Fêmea
	Faltou 1 canino macho e 4 gatos
total 32 + 6 = 38	
19/04/2022	3 Caninos Macho
	4 Felinos Fêmea – não trouxe
	1 Felino Macho – não trouxe
	1 felino fêmea não castrou – baixo peso
total 38 + 3 = 41	
20/04/2022	5 felinos fêmea
	4 Felinos Macho
	4 felinos não castrou – baixo peso
total 41 + 9 = 50	
25/04/2722	6 Felinos Fêmea
	1 Felino Macho
	2 Felinos – não trouxe
total 50 + 7 = 57	
26/04/2022	5 Felinos Fêmea
	5 Felinos Macho
	3 Felinos – não trouxe/ não castrou
total 57 + 10 = 67	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
27/04/2022	3 Felinos Macho
	3 Felinos Fêmea
	4Felinos – não trouxe
total 67 + 6 = 73	
28/04/2022	5 Felinos Fêmea
	5 Felinos Macho
	5 Felinos – não castrou – não trouxe
total 73 + 10 = 83	
Parcial abril: 81 animais	
MAIO	
02/05/2022	4 Felinos Fêmea
	3 Felinos Macho
	4 Felinos agendados – 3 não trouxe e 1 fugiu.
total 83 + 7 = 90	
03/05/2022	2 Felinos Macho
	3 Felinos Fêmea
	1 Canino Fêmea
total 90 + 6 = 96	
04/05/2022	1 Felino Fêmea
	4 Felinos Macho
	4 Caninos Macho
	3 Caninos Fêmea
total 96+ 12 = 108	
09/05/2022	4Felinos Fêmea
	4Felinos Macho
	5Felinos - não castrou
total 108 + 8 = 116	
10/05/2022	4Felinos Fêmea
	6Caninos Fêmea
	2 Caninos Macho
	1 Canino Fêmea – não castrou
total 116 + 12= 128	
16/05/2022	1 Felino Macho
	2 Caninos Macho
	4 Caninos Fêmea
total 128 + 7= 135	
17/05/2022	4 Felinos Fêmea
	2 Caninos Fêmea
	Agendou mais animais – não trouxe
total 135 + 6= 141	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
18/05/2022	1 Felino Fêmea
	5Caninos Fêmea - 1 já castrado
	4 Caninos Macho
total 141 + 9= 150	
Parcial maio: 67 animais	
JUNHO	
01/06/2022	1 Felino Fêmea
	4 Caninos Fêmea
	4 Caninos Macho
total 150 + 9 = 159	
07/06/2022	5 Felinos Fêmea – 1 não castrou – baixo peso
	3 Caninos Fêmea
	1 Canino Macho – já castrado
	agendou mais 6 animais – não compareceu
total 159 + 7 = 166	
08/06/2022	3 Felinos Fêmea – 1 não castrou – baixo peso
	4 Caninos Macho
	1 Felino Macho
total 166 + 7 = 173	
09/06/2022	1 Felino Fêmea
	1 Canino Fêmea
total 173 + 2 = 175	
14/06/2022	1 Felino Macho
	5 Caninos Fêmea – 1 não castrou
	1 Canino Macho – não castrou
	agendou mais 3 animais
total 175 + 5 = 180	
15/06/2022	1 Felino Macho
	1 Felino Fêmea
	4 Caninos Fêmea
total 180 + 6 = 186	
21/06/2022	1 Canino Fêmea
	2 Felinos Fêmea
total 186 + 3 = 189	
27/06/2022	2 Felinos Fêmea
	3 Caninos Fêmea
	agendou mais 3 animais – não compareceu
total 189 + 5 = 194	
28/06/2022	5 Felinos Fêmea – 1 não castrou
	4 Caninos Fêmea
	agendou mais 7 animais
total 194+ 8 = 202	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
30/06/2022	6 Caninos Fêmea – 1 não castrou
	2 Felinos Fêmea
total 202 + 7 = 209	
Parcial de Junho: 59 animais	
JULHO	
05/07/2022	3 Felinos Fêmea
	4 Caninos Macho
	1 Canino Fêmea
	agendou mais 4 animais – não compareceu
total 209 + 8= 217	
06/07/2022	1 Felino Macho
	4 Caninos Fêmea
	1 Canino Macho
total 217 + 6= 223	
19/07/2022	2 Felinos Macho
	2 Canino Macho
total 223 + 4= 227	
26/07/2022	7 Felinos Macho
	2 Felinos Fêmea
	1 felino- não compareceu
total 227 + 9= 236	
Parcial de julho: 27 animais	
AGOSTO	
02/08/2022	1 Felino Fêmea
	4 Caninos Fêmea – 1 já castrado
	1 Felino Macho
	3 Caninos Macho
total 236 +9 = 245	
03/08/2022	6 Caninos Fêmea – 1 já castrado
	4 Caninos Macho – 1 não castrou
total 245 + 8 = 253	
04/08/2022	5 Felinos Fêmea – 1 não castrou baixo peso
	3 Felinos macho
total 253 + 7 = 260	
09/08/2022	4 Caninos Fêmea – 1 não castrou
	1 Felino Macho
	4 Felinos Fêmea
	2 Caninos Macho
total 260 + 10 = 270	
10/08/2022	9 Caninos Fêmea
	2 Felinos Macho
total 270 + 11 = 281	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA DA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
16/08/2022	6 Felinos Macho
	3 Felinos Fêmea
	1 Canino Macho
	2 gatos – não compareceu
total 281 + 10 = 291	
17/08/2022	4 Felinos Macho
	7Felinos Fêmea- 1 não castrou
total 291 + 10 = 301	
23/08/2022	1 Felino Macho
	4 Felinos Fêmea
	1 Canino Fêmea
	Uma pessoa não veio
total 301 + 6 = 307	
24/08/2022	2 Caninos Fêmea
	7 Caninos Macho
total 307 + 9 = 316	
30/08/2022	7 Felinos Fêmea – 2 não castrou – baixo peso
	5 Felinos Macho
total 316 + 10 =326	
31/08/2022	5 Felinos Fêmea
	1 Felino Macho
	2 Caninos Fêmea – 1 já castrado
	2Caninos Macho ONG
total 326 + 9 =335	
Parcial agosto: 99 animais	
SETEMBRO	
01/09/2022	6 Felinos Macho
	3 Felinos Fêmea – 2 não castrou – baixo peso
total 335 + 7 = 342	
05/09/2022	8Felinos Macho – 1 não veio
	2 Caninos Fêmea
	6 Felinos Fêmea – 1 não veio
total 342 + 14 = 356	
06/09/2022	1 Felino Fêmea
	7 Caninos Fêmea
total 356 + 8 = 364	
20/09/2022	4 Felinos Fêmea
	4 Felinos Macho
	1 Felino fêmea não castrou – baixo peso
total 364 + 8 = 372	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA DA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
21/09/2022	2 Caninos Macho
	6Caninos Fêmea
total 372 + 8 = 380	
28/09/2022	7 Caninos Fêmea
	2 Felinos Macho
total 380 + 9 = 389	
29/09/2022	6 Felinos Fêmea – 1 não castrou
	2 Felinos Macho
	1 Canino Fêmea
	3 Caninos Macho – 1 não castrou
total 389 + 10 = 399	
Parcial Setembro: 64 animais	
OUTUBRO	
04/10/2022	3 Felinos Fêmea – 2 não castrou – baixo peso
	2 Felinos Macho
	5 Caninos Fêmea
	2 Caninos Macho
total 399+ 10 = 409	
05/10/2022	2 Felinos Macho
	8 Caninos Fêmea
	1 Canino Macho – não castrou
total 409 + 10 = 419	
06/10/2022	2 Felinos Fêmea
	1 Felino Macho – não compareceu
	5 Caninos Fêmea- 1 não castrou
total 419 + 6 = 425	
17/10/2022	2 Felinos Fêmea
	1 Canino Fêmea - não castrou
	2 Felinos Macho
	2 Canino Macho
	2 Felinos – não compareceu
total 425 + 6 = 431	
18/10/2022	2 Caninos Macho
	5 Caninos Fêmea
total 431 + 7 = 438	
19/10/2022	4 Felinos Fêmea – 2 não castrou
	6 Caninos Fêmea
	1 Canino macho
total 438 + 9 = 447	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA DA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL
20/10/2022	1 Canino Fêmea
	4 Felinos Fêmea
	1 Canino Macho
	2 Felinos Macho
	1 animal OSC – não trouxe
total 447 + 8 = 459	
26/10/2022	2 Felinos Fêmea
	2 Caninos Fêmea
	4 Caninos Macho
total 459 + 8 = 463	
Parcial Outubro: 64 animais	

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

ANEXO II – Planilha de animais de rua castrados na Unidade de Vigilância de Zoonoses, no ano de 2022, distribuídos por dia - período de março a outubro.

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL	RESPONSAVEL/ LOCAL RECOLHIMENTO
	MARÇO	
23/03/2022	Canino Macho Pit Bull	ONG APARC Oficina GUMA
	Canino Macho Cornélio	UVZ Santa Quitéria
	ABRIL	
19/04/2022	Canino Macho Waldir	UVZ Waldir Cunha
	MAIO	
10/05/2022	Canino Fêmea Tropeira M	UVZ Tropeiro - Basílica
	Canino Macho Tropeiro	UVZ Tropeiro - Basílica
	Canino Fêmea Tropeira G	UVZ Tropeiro - Basílica
16/05/2022	Canino Fêmea Rosária	UVZ Maranhão
	Canino Fêmea Basílica	ONG Basílica
	Canino Fêmea Kelly	ONG Canil
	Canino Fêmea Kessi	UVZ Aterro 4
	Canino Macho Caramelo	UVZ Tijucal
18/05/2022	Canino Fêmea Lobinha	ONG
	Canino Fêmea Cruz	UVZ Cruz das Almas
	Canino Macho Negão	ONG
	Canino Macho Brancão	ONG
	Canino Fêmea Edilene	ONG
	Canino Macho Pitoco	ONG
	Canino Fêmea Espoleta	ONG
	Canino Fêmea Pirata	UVZ Chacreamento
	JUNHO	
01/06/2022	Felino Fêmea Mia	ONG PARC Basílica
	Canino Fêmea Zenita	ONG PARC canil
	Canino Fêmea Escuridão	ONG PARC canil
	Canino Fêmea Nina	ONG PARC canil
	Canino Fêmea Belinha	ONG PARC canil
	Canino Macho Motoboy	ONG PARC canil
	Canino Macho Sombra	ONG PARC canil
	Canino Macho Tico	ONG PARC canil
	Canino Macho Peludinho	Rua- Quarteirão – Débora- cão comunitário

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL	RESPONSAVEL/ LOCAL RECOLHIMENTO
08/06/2022	Canino Macho Bob	ONG PARC
	Felino Fêmea Branquinha	ONG PARC
	Felino Fêmea Belinha	ONG PARC
	Felino Fêmea Amora	ONG PARC
	Felino Macho Negão	ONG PARC
	Canino Macho Hulk	ONG PARC
	Canino Macho Bartolomeu	ONG PARC
	Canino Macho Cipó	ONG PARC
09/06/2022	Felino Fêmea Hanna	UVZ Plataforma
	Canino Fêmea Paralela	UVZ Jardim Profeta
14/06/2022	Canino Fêmea Joaquina	UVZ Alto Maranhão
	Canino Fêmea Caramelo	UVZ SEDAS
	Canino Fêmea Boxer branca	UVZ SEDAS
15/06/2022	Canino Fêmea Cleide	ONG PARC Cachoeira
	Canino Fêmea Fofurina	ONG PARC – Não castrou
	Canino Fêmea Dalila	ONG PARC
	Canino Fêmea Pretinha	ONG PARC
	Canino Fêmea Nina	ONG PARC
21/06/2022	Canino Fêmea Elza	UVZ Recanto das Andorinhas
27/06/2022	Canino Fêmea Pandora	UVZ Pedreira Maranhão
	Canino Fêmea Cachoeira	Estrada Cachoeira
	Canino Fêmea Terezinha	UVZ Posto Shell Praia
	Felino Fêmea s/nome - Não castrou	Terezinha Sobrinho protetor-Zé Arigó
30/06/2022	Canino Fêmea Profeta	ONG PARC
	Canino Fêmea Cruz das Almas	ONG PARC
	Canino Fêmea Tricolor	ONG PARC
	Canino Fêmea Preta	ONG PARC
	Canino Fêmea Cza e Bca	ONG PARC
	Felino Fêmea Rajada	D. Gena - ONG
	Felino Fêmea Pta Bca	D. Gena - ONG
	JULHO	
06/07/2022	Canino Fêmea Lorena	ONG PARC
	Canino Fêmea Meduza	ONG PARC
	Canino Fêmea Suzana	ONG PARC
	Canino Macho Ferrugem	UVZ Posto Alicate
	Canino Fêmea Pipoca	ONG PARC
DATA	**IDENTIFICAÇÃO DO**	**RESPONSAVEL/ LOCAL**

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

CASTRAÇÃO	ANIMAL	RECOLHIMENTO
07/07/2022	Canino Macho Michael	UVZ Escola Michael
	Canino Macho Cara Preta	UVZ Pedreira Maranhão
19/07/2022	Felino Macho Ozzy	UVZ Plataforma
	Felino Macho Derek	UVZ Plataforma
	Canino Macho SrAntonio	UVZ Estrada Cachoeira
	Canino Macho Boca	UVZ Basílica
	AGOSTO	
02/08/2022	Felino Fêmea Mia	Protetor outros
	Canino Fêmea Mel	Protetor outros
	Canino Fêmea Shakira	Protetor outros
	Felino Macho Fred	Protetor outros
	Canino Macho Cipriano	UVZ Bela Vista
	Canino Fêmea Pedrita	UVZ Pedreira A. Maranhão
	Canino Macho Tobinho	UVZ UPA
	Canino Macho Amarelo	UVZ Cachoeira
	Canino Macho Pedreira	UVZ Pedreira A. Maranhão
03/08/2022	Canino Macho Caramelo Ênio G	UVZ Zé Arigó
	Canino Macho Enio P	UVZ Zé Arigó
09/08/2022	Canino Fêmea Iguana	UVZ Pit Bull Estr. Cachoeira
	Canino Fêmea Vida	Rosália Protetor
	Canino Fêmea Vitória	Rosália Protetor
	Canino Macho Bethoven	Rosália Protetor
10/08/2022	Canino Fêmea Sebastiana	UVZ Alto Maranhão
	Canino Fêmea Pit bull SRD	ONG PARC
	Canino Fêmea Preta	ONG PARC
	Canino Fêmea Caramelo	ONG PARC
	Canino Fêmea Caramelo 6	ONG PARC
	Canino Fêmea Caramelo 7	ONG PARC
	Canino Fêmea Branca	ONG PARC
	Canino Fêmea Caramelo 9	ONG PARC
	Canino Fêmea Bca amarela	ONG PARC
16/08/2022	Canino Macho Maxwel	UVZ Ênio Gama Zé Arigó
24/08/2022	Canino Fêmea Pretinha	UVZ – Campo das Flores
	Canino Macho Rajado	ONG APARC
	Canino Macho Amarelo	ONG APARC
	Canino Macho Ong 6	ONG APARC
	Canino Macho Ong 5	ONG APARC
24/08/2022	Canino Macho Pretinho	ONG APARC
	Canino Femea Ong 3	ONG APARC
	Canino Macho Ong 2	ONG APARC
	Canino Macho Ong1	ONG APARC

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL	RESPONSAVEL/ LOCAL RECOLHIMENTO
30/08/2022	Felino Macho Pacato	Terezinha Sobrinho Protetor – Zé Arigó
	Felino Macho Thor	
	Felino Macho Tom	
	Felino Femea Lina	
	Felino Femea Bolinha	
31/08/2022	Felina Femea Cinza	ONG APARC
	Felina Mach Cinza bco	ONG APARC
	Felina Femea	ONG APARC
	Felina Femea Tricolor	ONG APARC
	Canino Femea amarela pta	ONG APARC
	Canino Macho ONG	ONG APARC
	Canina Femea amarela	ONG APARC
	Canino Macho marrom	ONG APARC
	SETEMBRO	
05/09/2022	Canino Fêmea Safira	OSC PARC
	Canino Fêmea Bolinha	OSC PARC
06/09/2022	Canino Fêmea Sorriso	OSC PARC
	Canino Fêmea Grandona	OSC PARC
	Canino Fêmea Gibão	OSC PARC
	Canino Fêmea marronzinha	OSC PARC
21/09/2022	Canino Fêmea ONG 1	OSC PARC
	Canino Macho ONG 2	OSC PARC
	Canino Fêmea ONG 3	OSC PARC
	Canino Fêmea Menina 4	OSC PARC
	Canino Macho Bruce 5	OSC PARC
	Canino Fêmea Negona 6	OSC PARC
	Canino Fêmea Residencial 7	OSC PARC
	Canino Fêmea Nina 8	OSC PARC
25/09/22	Canino Macho Preto	UVZ Recanto Andorinhas
	Canino Fêmea Amarela	UVZ Recanto Andorinhas
28/09/2022	Felino Macho Júlio	OSC PARC
	Felino Macho Lion - Laion	OSC PARC
	Canino Fêmea Duda	OSC PARC
	Canino Fêmea Fabiola	OSC PARC
28/09/2022	Canino Fêmea Linda	OSC PARC
	Canino Fêmea Jussara	OSC PARC
	Canino Fêmea Tita	OSC PARC
	Canino Fêmea Lila	OSC PARC

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

DATA CASTRAÇÃO	IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL	RESPONSAVEL/ LOCAL RECOLHIMENTO
	OUTUBRO	
04/10/2022	Canino Macho Black	UVZ- Chacreamento O. Verde – Cão comunitário
	Canino Fêmea CAPS	UVA-CAPS
	Canino Macho Wagner	UVZ Fonte dos Moinhos
05/10/2022	Canino Fêmea Pires I	OSC PARC
	Canino Fêmea JK cio	OSC PARC
	Canino Fêmea Pires II	OSC PARC
	Canino Fêmea Pires III	OSC PARC
	Canino Fêmea Dom Oscar II	OSC PARC
	Canino Fêmea Diana	OSC PARC
	Canino Fêmea Ranzinza	OSC PARC
06/10/22	Canino Fêmea Tuti	UVZ- Bebe Água
17/10/22	Canino Macho Maio	UVZ Fonte dos Moinhos
19/10/2022	Felino Fêmea Danila	OSC PARC
	Felino Fêmea Aisha	OSC PARC
	Felino Fêmea Pta Bca	OSC PARC fugiu antes de castrar
	Canino Macho Tomás	UVZ Tijucal
	Canino Fêmea Branquinha	OSC PARC
	Canino Fêmea Hana	OSC PARC
	Canino Fêmea Roberta	OSC PARC
	Canino Fêmea Joana Vieira	OSC PARC
	Canino Fêmea Val	OSC PARC
	Canino Fêmea Glória	OSC PARC
20/10/2022	Canino Macho Pix	OSC PARC
	Canino Fêmea Shera	OSC PARC
	Felino Fêmea Rogéria	OSC PARC
26/10/2022	Felino Fêmea Cinza	OSC PARC
	Felino Fêmea CzBca	OSC PARC
	Canino Fêmea Pizza	OSC PARC
	Canino Macho Oreo	OSC PARC
	Canino Macho Alfredo	OSC PARC
	Canino Macho Magrelo	OSC PARC
	Canino Fêmea Girassol	OSC PARC
	Canino Macho Zé Dias	OSC PARC

ANEXO III – Termos de Autorização de castração de animais de Rua, comunitários e termo de recolhimento de cães pela UVZ - período de março a outubro.

963008000895426 A492706

963008000895426 A492706

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

Conan Canil 12/13

1- Dados do reclamante

Nome: Vanderlei Ferreira
RG: m7340330 CPF: 00400871661
Endereço: Rua Buracadinho
nº: 166. Bairro: D Oscar tel. (fixo/cel):

Motivo da solicitação para recolhimento de animal: Mordeu o cliente da oficina, solicitamos que nos mandi o comprovante de mordedura, o animal ficara no setor de zoonoses durante 10 dias p/observação, após sera entregue para ONG. Foi recolhido juntamente do corpo de Bombeiros

2- Dados do animal:

Espécie: (X)Cão ( )Gato ( )Bovino ( )Equino Sexo: (X) Macho ( )Fêmea
Nome: CONAN Raça: PITBULL Idade:
Cor: MARROM Porte ( )Pequeno ( )Médio (X)Grande
Características Marcantes:

V Ferreira

Assinatura do reclamante

X Ingrid Santos Dias

Data da mordida: 16/03/22

3- Recolhimento e Avaliação do Animal:

Data do recolhimento: 18/03/2022 Data de devolução: 28/03/22
Número lacre ou chip:
Local do recolhimento: OFICINA DO GUMA R: Jair Pereira Toledo Nº83
Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Sylmara, Anicio e Neia
Condições do animal ao ser recolhido: Animal bravo

Avaliação do médico veterinário:

963008000895426 A492706

DPP ( ) Reagente (X) Não reagente

P/ Clin. ONG em 25/03/22

Destino: (X) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

V Ferreira

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

Abril 14

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

1- Dados do reclamante

Nome: Francisma Amarade dos Santos
RG: _____ CPF: 093.122.466.20
Endereço: Rua João Cornelio Fonseca,
nº 35, Bairro Sta Quitéria tel. (fixo/cel): (31) 99482977

Motivo da solicitação para recolhimento do animal: Mordeu.

2- Dados do animal:

Espécie: (X) cão ( ) gato ( ) equino ( ) bovino Sexo: ( ) fêmea (X) macho
Nome: _____ Raça: Dog/Fila mistiço Idade: _____
Cor: Branco preto e amarelo
Pelagem: curta Porte: ( )pequeno ( )médio (X)grande Característica marcante: _____

X Francisma Amarade dos Santos
Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e avaliação do animal

Animal recolhido

Data do recolhimento: 16/03/22

Número lacre/chip: João Cornélio 963008000894263 A498887

Local do recolhimento: endereço acima

Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Anisio

Condições do animal ao ser recolhido: _____

Avaliação do médico veterinário da UVZ: 32.550kg. Muc normoc. 5 Head. DPP (-)

Exame LVC (16/03/22): DPP ( ) Reagente (X) Não reagente

Destino do animal: (X) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia ( ) Doado
( ) Outro _____

Doado em 01/04/22

Marisa
Responsável pelo preenchimento do termo

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATE
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA
SETOR DE ZOONOSES

9630080008954 56 A495002
963008000895456 A495002
963008000895456 A495002
963008000895456 A495002

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE

1- Dados do reclamante

Nome: Ana Clara Ferreira Costa
RG: _____ CPF: _____
Endereço: Rua Valdir Cunha 100 Centro,
nº 100, Bairro Centro tel. (fixo/cel): _____

Motivo da solicitação para recolhimento do animal: Animal avançando

2- Dados do animal:

Espécie: (X) cão ( ) gato ( ) equino ( ) bovino Sexo: ( ) fêmea (X) macho
Nome: Mel Raça: SRD Idade: filhote?
Cor: Ruivo e Amarelo
Pelagem: curta Porte: ( )pequeno ( )médio ( )grande Característica marcante: _____

Ana clara ferreira costa
Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e avaliação do animal

Data do recolhimento: 31/03/22

Número lacre/chip: _____

Local do recolhimento: R: Valdir Cunha 100 Centro

Funcionários responsáveis pelo recolhimento: _____

Condições do animal ao ser recolhido: Bom

Avaliação do médico veterinário da UVZ: _____

Exame LVC (___/___/_____): DPP ( ) Reagente ( ) Não reagente

Destino do animal: (X) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia ( ) Doado
( ) Outro_____

Solto em 26/04/22

Meira
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

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 04/05/22

963008000893411 A483481

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: amarela Tropeira M
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: ~~Rua~~ Cozinha Industrial Tropeiro

Motivo do recolhimento: Projeto Cachacad (veio da casa Carolina - recebida pela ONG).

Funcionário responsável pelo recolhimento: Luciano

Condições do animal ao ser recolhido:

Avaliação do médico veterinário:
Peito cheio. Cria nascente

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia 10/05/22

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Marisa

Solta 18/05/22

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

14 e 15

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 04/05/22

963008000894495 A492677

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Pto / Marrom TROPEIRO Macho
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Cozinha Ind. Tropeiro

Motivo do recolhimento: Projeto Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Mause, Anisio

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
DPP -

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia 10/05/22
( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Mause

Solto 08/05/22

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

~~15~~ 7

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 04/05/22

963008000894892 A494326

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: Amarela TROPEIRA G
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Cozinha Industrial Tropeiro

Motivo do recolhimento: Projeto Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Marcos Anisio

Condições do animal ao ser recolhido: Boas pelo cheio

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Marcos

Solta 18/05/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM
SETOR DE ZOONOSES

963008000894891 A505368

963008000894891 A505368

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

1- Dados do reclamante

Nome: Rosimeire Cordeiro
RG: _____ CPF: _____
Endereço: Rua do Rosario, nº 130, Bairro Maranhão tel. (fixo/cel): _____

Motivo da solicitação para recolhimento do animal: Fêmea NÃO acompanhada de 3 Animais.

2- Dados do animal:

Espécie: (X) cão ( ) gato ( ) equino ( ) bovino Sexo: (X) fêmea ( ) macho
Nome: Rosária Raça: SRD Idade: 1
Cor: Rajada
Pelagem: curta Porte: ( )pequeno (X)médio ( )grande
Característica marcante: _____

Rosimeire Cordeiro
Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e avaliação do animal

963008000894891 A505368

Data do recolhimento: 03/05/22 **Número chip:** _____

Local do recolhimento: Rua do Rosario

Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Silvinha, Sylvana Lucas

Condições do animal ao ser recolhido: Cio

Avaliação do médico veterinário da UVZ: Boas

Exame LVC (___/___/_____): DPP ( ) Reagente (X) Não reagente

Destino do animal: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia ( ) Doado 16/05/22
( ) Outro_____

Marisi
Responsável pelo preenchimento do termo

Soltar 22/06/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Canil 8

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: ONG Yan

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Maria Elisa de Carvalho **N°:** 480

Bairro: chac. Ouro Verde **Telefones:** 98266 / 7508

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893528 A497230

Nome do animal: Basílica **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** pte / marrom

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio (X)sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 14 Kg

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: 16/05/22 horário: 07 : 30 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 16 / 05 / 22. Horário: 07 30 horas.

Declaro 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 [illegible] dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Devolvida ONG
18/05/22

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 16 de maio, 2022

x Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera:_____)

Proprietário: ONG Yam

Identidade:_____ **CPF:**_____

Endereço: Av/Rua: Mª Alice de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chacrean. O. Verde **Telefones:** 98266 / 7528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895196 A471157

Nome do animal: Kelly **Especie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** amarela

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: __/20__ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:**_____ **Peso:** 13,600

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 16/05/22 horário: 07:00 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 16/05/22. Horário: 07/00 horas.

Declaro 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 __ dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Devolvida ONG
18/05/22

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 16 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

1- Dados do reclamante

Nome: _____ CPF: _____
RG: _____,
Endereço: Rua _____ tel. (fixo/cel): _____
nº _____, Bairro _____

Motivo da solicitação para recolhimento do animal: Recebemos ordem do Sr Secretário de Saúde Saulo e do Sr Marcelo Moreno pl recolher os cães do Aterro

963008000895920 A504779

2- Dados do animal:

Espécie: (X) cão ( ) gato ( ) equino ( ) bovino Sexo: ( ) fêmea (X) macho
Nome: Moreno 4 - Kessi Raça: SRD Idade: _____
Cor: Caramelo claro
Pelagem: curta Porte: ( )pequeno (X)médio ( )grande
Característica marcante: 1 mega focinho comprido

_____
Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e avaliação do animal

963008000895920 A504779

Data do recolhimento: 11/05/22 **Número chip:** _____

Local do recolhimento: _____

Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Luciano, Silvânia, Amanda, Joa

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário da UVZ: DPP - vermífuga

Exame LVC (11/05/22): DPP ( ) Reagente (X) Não reagente

Destino do animal: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia ( ) Doado
( ) Outro _____ 16/05/22

Marise
Responsável pelo preenchimento do termo

Solta 19/05/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

963008000894563 A495199

1- Dados do reclamante

Nome: Ronaldo Geraldino Silva
RG: MG-11817273 CPF: 05851655602
Endereço: Rua Juca Barbudo,
nº 885, Bairro Tijucal tel. (fixo/cel):

Motivo da solicitação para recolhimento do animal: Animal avançando
(Animal foi castrado e observado 20 dias.
Recolhido por ordem da chefia - não
morden

2- Dados do animal:

Espécie: (X) cão ( ) gato ( ) equino ( ) bovino Sexo: ( ) fêmea (X) macho
Nome: Raça: SRD Idade:
Cor: Caramelo
Pelagem: Curta Porte: ( )pequeno ( )médio (X)grande
Característica marcante:

Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e avaliação do animal

Data do recolhimento: 06/05/22 **Número chip:**

Local do recolhimento: Tijucal

Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Anisio / Rosalba

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário da UVZ:

Exame LVC (___/___/_____): DPP ( ) Reagente ( ) Não reagente

Destino do animal: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia ( ) Doado
( ) Outro

Sylmara Cassia Ferreira
Responsável pelo preenchimento do termo

Salto 23/05/22

FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS - DOMICILIADOS

Data da Triagem: 10 / 05 / 22

Canil 05

1. Identificação do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor do animal (se houver): (Rua) Tijucal

1.1. Nome do animal: Tijucal 1.2. Microchip: 963008000894563 A495199

1.3. Peso: 23 kg

2- Exame clínico

2.1. 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 □ ictérica □ cianótica

Temperatura: _____ºC (Referência cão: 37,5 - 39,2 ºC / Referência gato: 37,8 - 39,2 ºC)

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

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

2.2. Dermatológico

2.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas): ☒ normal □ prurido □ descamação □ odores □ lesões

2.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros _____
Obs: _____

2.3. Sistema digestório. Comportamento alimentar: NO

2.3.1. Defecação e fezes: NO

2.3.2. Abdômen: Palpação: (✓) sem alterações ( ) dor abdominal ( ) aumento de volume

2.3.3. Grau de Hidratação: ☒ normal □ desidratado (□ leve □ moderada □ grave)

Pré 11/05/22
Anest - 9 ml OK
Cetro - 1,4 ml
Dip - 23 ptes

Pré 12/05/22
OK

Pré 13/05/22
OK

Solto 23/05/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895752 A494592)

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Lobinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarela

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** ?

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 18/05/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 18/05/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 18 de maio, 2022

Paiva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Negro.

963008000895964 A481958

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Bca pta

Data do recolhimento: 18/05/22

Características do animal:
( ) Cão (X) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro Cruz das Almas
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: bca, mancha em orelha
Pelagem:
Porte( ) Pequeno ( ) Médio () Grande
Raça:

Local do recolhimento: Cruz Almas

Motivo do recolhimento: Projeto Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento:

Condições do animal ao ser recolhido: Castrada

Avaliação do médico veterinário:
DPP -

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia
( ) Outros: Castrada

Esse animal não foi castrado na Unidade foi no castram

Responsável pelo preenchimento do termo:

→ foi castrada, porém namorou que fuga o pé.

Solta dia 26/05/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
ZOONOSES / UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

castrada

EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS - DOMICILIADOS

Data da Triagem: 18 / 05 / 22

1. Identificação do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor do animal (se houver): Cruz das Almas Reis

1.1. Nome do animal: Cruz das Almas 1.2. Microchip: 895666 1.3. Peso: 10.750

963008000895964 A481958

2- Exame clínico

2.1. 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 □ ictérica □ cianótica
Temperatura: _____ºC (Referência cão: 37,5 - 39,2 ºC / Referência gato: 37,8 - 39,2 ºC)
FC: Normal bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)
FR: Normal mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

2.2. Dermatológico

2.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas): ☑ normal □ prurido □ descamação □ odores □ lesões
2.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros _____
Obs: _____

2.3. Sistema digestório. Comportamento alimentar: No

2.3.1. Defecação e fezes: No

2.3.2. Abdômen: Palpação: (X) sem alterações ( ) dor abdominal ( ) aumento de volume

2.3.3. Ingestão de água: ☑ normal □polidpsia □adipsia No

Grau de Hidratação: ☑ normal □ desidratado (□ leve □ moderada □ grave)

2.4. Sistema cardiorrespiratório

Respiração: ☑ normal □ dispnéia □ taquipnéia □ bradipnéia
Exame do torax: Movimentos respiratórios: □ torácicos □ abominais □ torácico-abdominal
□ profundos □ superficias □ entrecortado □ em golpe □outros_____
OBS:_____

2.5. Sistema genito-urinário

Fêmeas
Presença de cio: □ sim ☑ não **Histórico contraceptivos:** _____
Mucosa da vulva: □ hipocorada ☑ normocorada □ hipercorada
Secreção: ☒ não □ sim. _____
Obs:_____

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG **)**

Tutor: ONG

Identidade:_____ **CPF:**_____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895862 A501302

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Rapaz **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:**_____

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data:____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:**_____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 18/05/22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 18 / 05 / 22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 pel castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 18 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895350 A506010

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Duncão **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 18/05/22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 18 / 05 / 22. Horário: 07 / 30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 cir... da programada, sempre em benefício do paciente;

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fê... 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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 18 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Estrada Mª Alice de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895438 A480343

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Edilene **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo c/ luzes preta

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande pelo b^co

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 18/05/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 18 / 05 / 22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 18 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PR ONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895016 A494863

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: pitoco **Espécie:** (x) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** amarelo/Peludo

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 18/05/22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 18 / 05 / 22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 18 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895515 A474237

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ rro: _____

Nome do animal: [redacted] **Espécie:** (x) cão ( ) gato **Sexo:** (x) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** amarela

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 18/05/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 18 / 05 / 22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 dife da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 18 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 18/05/22

B^ca - 9 de

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: B^ca - , olho preto, mancha preta orelha, mancha preta corpo.
Pelagem: curta
Porte( ) Pequeno (X) Médio () Grande
963008000895572 A480056
Raça: SRD

Local do recolhimento: Chacrinha.

Motivo do recolhimento: Projeto Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Marise, Gislane, Bruno. João, Luciano

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
DPP (-)
Sangrou pós castração - hemoparasitose?

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros: Devolvida pl lar temporário - Rosália 18/05/22

Responsável pelo preenchimento do termo: Marise

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SETOR DE ZOONOSES / UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS - DOMICILIADOS

Data da Triagem: 18 / 05 / 22

1. Identificação do animal (Pertence a lista de espera: Rua)

Tutor do animal (se houver): Rua Chacreamento Pirata

1.1. Nome do animal: Chacreamento 1.2. Microchip: 963008000895572 A480056 1.3. Peso: 17.900

2- Exame clínico

2.1. 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 □ ictérica □ cianótica
Temperatura: _____ºC (Referência cão: 37,5 - 39,2 ºC / Referência gato: 37,8 - 39,2 ºC)
FC: Normal bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)
FR: Normal mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

2.2. Dermatológico

2.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas): ☒ normal □ prurido □ descamação □ odores □ lesões
2.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros _____
Obs: _____

2.3. Sistema digestório. Comportamento alimentar: NO

2.3.1. Defecação e fezes: NO

2.3.2. Abdômen: Palpação: ( ) sem alterações ( ) dor abdominal ( ) aumento de volume

2.3.3. Ingestão de água: □ normal □ polidpsia □ adipsia

Grau de Hidratação: ☒ normal □ desidratado (□ leve □ moderada □ grave)

2.4. Sistema cardiorrespiratório

Respiração: ☒ normal □ dispnéia □ taquipnéia □ bradipnéia
Exame do torax: Movimentos respiratórios: □ torácicos □ abominais □ torácico-abdominal
□ profundos □ superficias □ entrecortado □ em golpe □ outros_____
OBS:_____

2.5. Sistema genito-urinário

Fêmeas
Presença de cio: □ sim ☒ não **Histórico contraceptivos:** _____
Mucosa da vulva: ☒ hipocorada □ normocorada □ hipercorada
Secreção: ☒ não □ sim. _____
Obs:_____

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: Apare

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **Nº:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 98266 / 7528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895055 A474453

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Mia **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Preta e Branca

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X) sim, data: 02/2022 ( ) não

Está no cio ( ) sim (X) não **Último cio:** ± 1 mês

Já tomou medicação anti cio ( ) sim (X) não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/2022 Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, epatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA M... NHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG PARC

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893318 A495228

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ bairro: _____

Nome do animal: Zenita **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Marron e Branca

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou ciente que existe um risco de mortalidade, ocorrente 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: Antiga)

Tutor: Aparc

Identidade: MG 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **N°:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 982667518

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894470 A501344

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Escurinho **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: Preta peluda **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/2022. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: [illegible] ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894427 A485235

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ bairro: _____

Nome do animal: Nina **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Preta e Marrom

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: (X)sim, data 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895753 A506131

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Belinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Marron

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 01/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA ... GONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893195 A472396

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Moto Boy **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Preto e marron

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: Aparc

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: _____ **Nº:** 261

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895688 A483099

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Sombra **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Preto

Pelagem: longa **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X) sim, data: 02/2022 ( ) não

Está no cio ( ) sim (X) não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( ) sim (X) não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: APARC

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139-522-866-30

Endereço: Av/Rua: Felicciano Mendes **N°:** 961

Bairro: Basílica **Telefones:** 982667528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893066 A494318

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Tico **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** peludo

Pelagem: Marron claro **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 01/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 01/06/2022 Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, epatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

...A MUNICIPAL DE CONGONHAS

Canil 11

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: Comunitário)

Proprietário: Débora Cristina Pereira Freitas

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Rua da Recordação **N°:** 196

Bairro: Basílica **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895586 A492419

Nome do animal: Reludinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarela

Pelagem: Longa **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: __/20__ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 10,1 kg

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: 16/05/22 horário: ____:____horas

Obs: Animal fica no Quarentena.

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.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Solto dia 26/05/22

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 10 de maio, 2022

a Debora O. P. Freitas

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(3) cão

T[illegible] AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: Onag)

Proprietário: Ong Apare

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893943 A507467

Nome do animal: Bob **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preto

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20__ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 18 kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 7:00 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 8/6/22. Horário: 7/00 horas.

Declaro 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 [illegible] dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de junho, 2022

Cristiane A. Vale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: Ong Aparc

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894421 A482842

Nome do animal: Branquinho **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** - **Cor:** Branca

Pelagem: Longa **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 2,8 Kg

Já tomou medicação anti cio (X)sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 07:00 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 08/06/22. Horário: 7/00 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 08 de junho, 2022

Cyclaine A. Vale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: Ong Aparc

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Gram Park **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894002 A484654

Nome do animal: Belinha **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branca c/ preto

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 3.550

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 7:00 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 8/6/22. Horário: 07/00 horas.

Declaro 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 45 dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de junho, 2022

Cristiane A. Vale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(4)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Org Aparc

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ **)**

Nome do animal: Amora **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** - **Cor:** Beje, preta orelha direita amarela/preta

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X) sim, data: ___ / 20 ___ ( ) não

Está no cio ( ) sim (X) não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( ) sim (X) não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8 / 6 / 22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 08/6/22 horário: 7:00 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 08/06/22. Horário: 07/00 horas.

Declaro 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 _ dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Veio a óbito!

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: ONG PARC

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893739 A486961

Nome do animal: Negão **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preto Bravo

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 4,900 Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 7 : 00 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 8/6/22. Horário: 7/00 horas.

Declaro 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 3 dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de maio, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

(6)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: onça)

Proprietário: _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895599 A476473

Nome do animal: Hulk **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 5,400 Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 7:00 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 8/6/22. Horário: 7/00 horas.

Declaro 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 2 dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: Olga)

Proprietário: _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895900 A478835

Nome do animal: Bartolomeu **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Beje

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 5,750Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 7:00 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 8/6/22. Horário: 7/00 horas.

Declaro 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 ___ dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Dom Oscar **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _ 963008000894407 A504395

Nome do animal: Cipó **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** amarelo (caramelo

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 5,900 kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 8/6/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 8/6/22 horário: 7 : 00 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 8/6/22. Horário: 7/00 horas.

Declaro 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 'dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 8 de junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS Animal no Pós
SETOR DE ZOONOSES / UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO (Sala)

FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS - DOMICILIADOS

Data da Triagem: 09 / 06 / 22

1. Identificação do animal (Pertence a lista de espera: UVZ)

Tutor do animal (se houver): UVZ

1.1. Nome do animal: Gata UVZ 1.2. Microchip: 963008000894450 A500155 1.3. Peso: 2,400
Hamma

2- Exame clínico

2.1. 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 □ ictérica □ cianótica
Temperatura: _____ºC (Referência cão: 37,5 - 39,2 ºC / Referência gato: 37,8 - 39,2 ºC)
FC: normal bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)
FR: normal mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

2.2. Dermatológico

2.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas): ☑ normal □ prurido □ descamação □ odores □ lesões
2.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros _____
Obs: _____

2.3. Sistema digestório. Comportamento alimentar: ração

2.3.1. Defecação e fezes: ND

2.3.2. Abdômen: Palpação: (X) sem alterações ( ) dor abdominal ( ) aumento de volume

2.3.3. Ingestão de água: □normal □polidpsia □adipsia ND

Grau de Hidratação: ☑ normal □ desidratado (□ leve □ moderada □ grave)

2.4. Sistema cardiorrespiratório

Respiração: ☑ normal □ dispnéia □ taquipnéia □ bradipnéia
Exame do torax: Movimentos respiratórios: □ torácicos □ abominais □ torácico-abdominal
□ profundos □ superficias □ entrecortado □ em golpe □outros_____
OBS:_____

2.5. Sistema genito-urinário

Fêmeas
Presença de cio: □ sim ☑ não **Histórico contraceptivos:** _____
Mucosa da vulva: □ hipocorada ☑ normocorada □ hipercorada
Secreção: ☑ não □ sim. _____
Obs:_____

Solta 20/06/22

963008000893487 A486040

09

09

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEP. DE FISC. E VIG.EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 19/05/22

963008000893487 A486040

Número lacre: Paralela

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( )outro_____
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: Amarela
Pelagem:_____
Porte ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Av Paraíba 1280, Jardim Paraíba

Motivo do recolhimento:
Cachorra na via

Funcionário responsável pelo recolhimento: Luiz - Silvana Aparecida Paulo

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros:_____

Responsável pelo preenchimento do termo:_____

Solta em 20/06/22
Natalia que se diz proprietária com
Jonathan assinou que vai
manter na residência

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DE ZOONOSES / UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

FICHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS

9

Data da Triagem: 19 / 05 / 22

1. Identificação do animal (Pertence a lista de espera: UVZ)

Tutor do animal (se houver): UVZ CPF: _____
Endereço: Rua: Prefeito N°: Bairro: _____

1.1. Nome do animal: Prefeito 1.2. Microchip: 963008000893487 A486040 1.3. Peso: 13,10
1.4. Espécie: (X) cão ( ) gato 1.5. Sexo: (X) fêmea ( ) macho 1.6. Idade: _____
1.7. Raça: _____ 1.8. Cor: marrom
1.9. Pelagem: ( ) curta ( ) longa 1.10 Característica marcante: _____
111. Castração: ( ) Animal castrado (X) Animal não castrado ( ) Indeterminado

2. Recolhimento

2.1. Data do recolhimento: 18 / 05 / 22
2.2. Local do recolhimento: _____
2.3. Funcionários responsáveis pelo recolhimento: _____
2.4. Motivo do recolhimento do animal: Uso _____
_____
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): >2 segundos
Mucosas: □ pálida □ rosa pálida ☒ rósea □ congesta □ hiperêmica □ ictérica □ cianótica
Temperatura: 39,3 °C (Referência cão: 37,5 - 39,2 °C / Referência gato: 37,8 - 39,2 °C)
FC: 152 bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)
FR: 36 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
3.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos (X) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros _____
Obs: _____

Ectoparasitas	Data	Medicação	Dose	Via	Período
Controle de carrapatos					
Controle de pulgas	9/05	Nexgard			
Controle de sarna					

1

963008000895263 A491862

963008000895263 A491862

PREFE ONHAS
SE UDE
D E
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPT DE FISC. E VIG EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES

canil 08

Joaquina

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

18,800 kg

Data do recolhimento: 12/05/22

Número lacre: Joaquina

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( )outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: Beje
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: SRD

963008000895263 A491862

Local do recolhimento: R. Joaquim Rinta esquina Rua Maranhão ao lado do 99

Motivo do recolhimento:
Animal solicitado pela ONG (Tata) p/ cio
recolher)

Funcionário responsável pelo recolhimento: Sylmara, Irisia e Kaia

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: marcineia

- Cha p/ animal ii p/ canil da ONG
- 16/05/22 Am. c/ diarreia sg e vômito. Encaminhada p/ ~~ONG~~ Clinica - ONG

Solta 22/06/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
OR DE ZOONOSES / UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

CHA EXAME CLÍNICO / ACOMPANHAMENTO DE ANIMAIS A SEREM CASTRADOS - DOMICILIADOS

Data da Triagem: 16 / 05 / 22

1. Identificação do animal (Pertence a lista de espera: Rua 7N2)

Tutor do animal (se houver): _____

1.1. Nome do animal: Joaquima 1.2. Microchip: 963008000895263 A491862 1.3. Peso: 12,200Kg

2- Exame clínico

2.1. 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 □ ictérica □ cianótica
Temperatura: _____ºC (Referência cão: 37,5 - 39,2 ºC / Referência gato: 37,8 - 39,2 ºC)
FC: Normal bpm/min (Referência cão: 60-160 bpm / Referência gato: 120-240 bpm)
FR: Normal mrpm (Referência cão: 18-36 m/m/ Referência gato: 20-40 m/m)

2.2. Dermatológico

2.2.1- Pele e anexos (orelhas, unhas): ☒ normal □ prurido □ descamação □ odores □ lesões
2.2.2- Ectoparasitas: ( ) Carrapatos ( ) Pulgas ( ) Sarna ( ) outros _____
Obs: _____

2.3. Sistema digestório. Comportamento alimentar: Vômito

2.3.1. Defecação e fezes: Diarreia c/ sg

3.2. Abdômen: Palpação: ( ) sem alterações (X) dor abdominal ( ) aumento de volume

2.3.3. Ingestão de água: □normal □polidpsia □adipsia

Grau de Hidratação: □ normal ☒ desidratado (□ leve □ moderada □ grave)

2.4. Sistema cardiorrespiratório

Respiração: ☒ normal □ dispnéia □ taquipnéia □ bradipnéia
Exame do torax: Movimentos respiratórios: □ torácicos □ abominais □ torácico-abdominal
□ profundos □ superficias □ entrecortado □ em golpe □outros_____
OBS: _____

2.5. Sistema genito-urinário

Fêmeas
Presença de cio: □ sim ☒ não **Histórico contraceptivos:** _____
Mucosa da vulva: □ hipocorada □ normocorada □ hipercorada
Secreção: □ não □ sim. _____
Obs: _____

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

11

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 07/06/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: Caramelo
Pelagem: Longa
Porte( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

963008000894599 A477046

Local do recolhimento: Sudan

Motivo do recolhimento: Cadela no cio

Funcionário responsável pelo recolhimento: Priscilla

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
DPP -

Destino: ( ) UVZ (X) Castração( ) Eutanásia 14/06/22
( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Maria de Jesus

Priscilla P. Silva Solta 07/06/22

Canil 15

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

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 03/06/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: Branca
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: Boxer

963008000895758 A498182

Local do recolhimento: Sidas Rua Benedito Quintino

Motivo do recolhimento: Cia. 2 cães animais atrás da mesma

Funcionário responsável pelo recolhimento: Sylmara

Condições do animal ao ser recolhido: magra

Avaliação do médico veterinário:
DPP -

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia 14/06/22
( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Ferreira.

Levada p/ ser entregue ao proprietário em 20/06/22. Proprietário ~~ñ atendeu~~.
~~Voltar p/ canil e soltar onde encontrou~~

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: Ong)

Tutor: Ong Apare

Identidade: MG. 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **Nº:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 98266 / 7528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894945 A4812F

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Dalila **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: Branca e Marron **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 01 / 2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 13/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 15/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), e declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 15 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONGs)

Tutor: ONG (Bivia)

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **Nº:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

14Kg

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000893478 A501710

Local de recolhimento do animal: Rua: Estrada Cachoeira **Bairro:** _____

Nome do animal: Clarice **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Dourada

Pelagem: media **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

pegou ontem na rua

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** não sabe

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ~~22~~ 15/06/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 15/06/22. Horário: 07:30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 15 de Junho, 2022

Tatiane Dias Martins

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: Ong)

Tutor: Ong Apare

Identidade: MG. 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Felicano Mendes **N°:** 261

Bairro: Basilia **Telefones:** 98266 / 7528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894945 A4812f

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Dalila **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: Branca e Marron **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 01 / 2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (✓)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 13/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 15/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), e declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 15 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: Ong Aparc

Identidade: MG. 22.351.930 **CPF:** 139.522.860-30

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **N°:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 98866 / 7528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895409 A473206

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Pretinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** ± 2 anos **Cor:** Preta

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (✓)sim, data: 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 15/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 15/06/2022. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), <u>declaro:</u>

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 15 de Junho, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

14 Kg

EITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇAO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Ong Aparc

Identidade: MG 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **N°:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 98266 / 7528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893993 A470463

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Nina **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** ± 3 anos **Cor:** amarela

Pelagem: longa **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 02/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 14/06/2022 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 15/06/2022. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 15 de Junho 20 22

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

7

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000893232 A495723

Data do recolhimento: 10/06/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: caramelo Cega
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: R. Alba Tereinha de Miranda nº 970 Andorinhas

Motivo do recolhimento: cio, soltar perto da casa das almas

Funcionário responsável pelo recolhimento: Inácio, Sylmara e Neia

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário: DPP - anti pulgas vermífugo

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia 21/06/22

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Marcinéa

Carolina Correia
Obito em 21/06/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

01 Canil 2

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 24/02/2022

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: Preta (Pandora)
Pelagem: Curta
Porte( ) Pequeno ( ) Médio (X)Grande
Raça: SRD

963008000895242 A496762

Local do recolhimento: Pedreira (JN.X) (maranhão)

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Lorena, Luciana, Sylmara, João Pedro

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Fabricia

Solta 11/07/22

PREFEITURA DE CONGONHAS 03 03

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Lívia Bel Guerra Souza

Identidade: MG 17.510.812 **CPF:** 117.309.476-00

Endereço: Av/Rua: Tenente Morais Carneiro **N°:** S/N

Bairro: P. Cachoeira **Telefones:** 31 98302-/ 1528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894690 A488678

Local de recolhimento do animal: Rua: Estrada Padroeira Bairro: _____

Nome do animal: Cachorra F **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: Longa **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio (X)sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 27/06/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 27/06/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Solta em 11/07/22

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 23 de junho, 2022

Lívia Bel

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

963008000894895 A470976

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

(8) (5)

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000894895 A470976

Data do recolhimento: 24/06/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: Preta / Marrom (Cereja) Shell
Pelagem: ~~Curta~~ Longa
Porte ( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Posto Shell (Praia)

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Luciano/Sylmara/Lorena João Pedro

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
DPP + Elisa + Tutor no Posto Shell vai tratar.

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia 27/06/22
( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Sylmara Bazzia Lemos

Falta / Devolvida Tutor Clayton 27/07/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: ___ 963008000895535 A496912

Local de recolhimento do animal: Rua: ONG Bairro: _____

Nome do animal: Fofa ONG **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta e Branca

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não 28/30 AS

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30/06/22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30 / 06 / 22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), e declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de junho, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894339 A507283

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Rua das Flores **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande 12 kg

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30/06/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), <u>declaro:</u>

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de junho, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

RA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microch 963008000895786 A506602

Local de recolhimento do animal: Rua. _____ Bairro: _____

Nome do animal: Tri color **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Tri color

Pelagem: curto **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não 7.900 kg

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30/06/22 horário: 07 :30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30 / 06 /22. Horário: 07 / 30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), <u>declaro:</u>

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

963008000893133 A490673

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (**Pertence a lista de espera:** ONG)

Tutor: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893133 A490673

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Fita Ong **Espécie:** ( ) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não 9500

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30 / 06 / 22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30 / 06 / 22. Horário: 07 / 30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 cirúrg da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

chip ?

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Chag

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Chag **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894572 A488981

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ : _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (✓) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Cinza e Branco

Pelagem: Long **Porte:** (x) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30 /06 /22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30 / 06 / 22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de Junho, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: Ong)

Tutor: Dona Gma Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895731 A506460

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Rajada Gma **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Rajada

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não 2,350Kg

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30/06/22 horário: 07 : 30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 diversa da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de junho, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: SIM)

Tutor: Dona Elena

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: _____ **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894240 A509366

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Futa Branca **Espécie:** ( ) cão (x) gato **Sexo:** (x) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: Longa **Porte:** (x) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não 2,550 kg

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30/06/22 horário: 7:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 30/06/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de junho, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS 20K

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Ilma

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Char. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microch 963008000894299 A481366

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Pérola **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** preto c/ marrom

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 06/07/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 06 de julho, 2022

Tatiane Reis Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS 20KG

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Org

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Olho Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895322 A501081

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Medusa **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 06/07/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 06 de julho, 2022

Tatiana Dias Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS 24,650 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Eng _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Char. Ilha Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (Nº do RGA/Microc 963008000894609 A497498

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Sugar **Espécie:** (Y) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** preta c/ marrom

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 06/07/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), ~~ed~~ declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 06 de julho, 2022

Tatiane Leonardo

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

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

Canil 8

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000895852 A509140

13,300

Data do recolhimento: 30 / 06 / 22 Ferrugem

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro Alicate c/ Ferrugem
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Preto
Pelagem: Curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Posto Alvorada

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Jonas Israel
Lacre : _____

Condições do animal ao ser recolhido: Bom

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Priscilla F. Silva

Soltar 12/07/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

12 Kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac - Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip. 963008000894878 A507704

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Pipoca **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: longa **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 06/07/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 06/07/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de junho, 2022

X

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

Canil 6

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

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 21/07/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro Michael Pere
(X) Macho ( ) Fêmea
Cor: Amarelo e Preto
Pelagem:
Porte ( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Escola Michael Pereira de Souza

Motivo do recolhimento: Projeto castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: João, Priscila, Luciana e M

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros:

Responsável pelo preenchimento do termo:

x Marcineia Soltar 25/07/22



PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

11

Canil
JJ

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 24/06/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro Cara Preta Pedreira
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Pardo/Branco (Preto) (~~Cara Preta~~)
Pelagem: Curta
Porte ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Pedreira (JMX) (Miranhão)

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Lorena, Luciana, Sylvana, Luciano / João Pedro

Condições do animal ao ser recolhido: Boa

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros:

Responsável pelo preenchimento do termo: Fabrícia

Soltar 25/07/22

963008000894259 A478748

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEP. DE FISC. E VIG.EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 03/11/21

Número lacre: _____

Características do animal:
( ) Cão (X) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( )outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Preto/ Branco (Ozzy)
Pelagem: _____
Porte ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande * filhote (60dias)
Raça: _____

Local do recolhimento: Benedita Quintino 321

Motivo do recolhimento:
Animal foi abandonada na rede

Funcionário responsável pelo recolhimento: Sylmara

Condições do animal ao ser recolhido: filhote abandonado

Avaliação do médico veterinário:
Pulga vermífugo controle pulga
Vitamina Alimentação.

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Marcineia

* Dia 08/11/21 Vermífugo Vermicata
- capstar 11,4 mg

3,200K

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

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000893181 A504337

Data do recolhimento: 04/02/22 Derek

Características do animal:
( ) Cão (X) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Preta e Branca
Pelagem: curta
Porte (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande FILHOTE
Raça: SRD

Local do recolhimento: R: Benedito Quintino 321 Centro

Motivo do recolhimento: animais abandonados na rede

Funcionário responsável pelo recolhimento: Sylmara

Condições do animal ao ser recolhido: péssimas

Avaliação do médico veterinário: Vermífugo, alimento. Controle pulga ect.

Destino: (X) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Marcinéia

Neopet em - 04/02/22
Vermífugo em - 27/01/22

Adotado em 19/03/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(2) (2)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

15 Kg

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Livia Bel guerra Souza

Identidade: MG 19510812 **CPF:** 117.909.497-600

Endereço: Av/Rua: Tenente Horacio Carneiro **N°:** S/N

Bairro: P. Cachoeira **Telefones:** (31) 9.8322-1528

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895275 A484775 Cachoeira Mãe Sr Antônio

Local de recolhimento do animal: Rua: Estrada Cachoeira Bairro: _____

Nome do animal: Cachoeira M **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo

Pelagem: Longa **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/9/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Solto em 29/09/22

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 23 de Junho, 2022

Lívia Bel

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

Boca

1- Dados do reclamante

963008000895247 A503714

Nome: Bruno Mateus
RG: MG 16 399 886 CPF: _____
Endereço: Rua _____
nº: _____. Bairro: _____ tel. (fixo/cel): _____

Motivo da solicitação para recolhimento de animal: _____
Obs: Não sou o reclamante, ofereço presencia o recolhimento do animal.

2- Dados do animal:

Espécie: (X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea
Nome: Boca Raça: SRD Idade: _____
Cor: caramelo Porte ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande
Características Marcantes: _____

Assinatura do reclamante
Bruno M.
Obs: não sou reclamante, ofereço acompanhei o recolhimento do animal.

3-Recolhimento e Avaliação do Animal:

Data do recolhimento: 23/06/22
Número lacre ou chip: _____
Local do recolhimento: Praça Basílica
Funcionários responsáveis peló recolhimento: Marcio
Condições do animal ao ser recolhido: Bom

Avaliação do médico veterinário: _____

DPP ( ) Reagente ( ) Não reagente

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

Recolhido em 29/09/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Gata J

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Rosalia Matosinhos Barbosa

Identidade: _____ **CPF:** 049.286.066-12

Endereço: Av/Rua: Chacreamento Matosinhos Barbosa **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** 8477-0289

Dados do animal (N° do RGA/Microchi 963008000893651 A494655

Nome do animal: Mia **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** +2 **Cor:** tricolor

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: ___/20___ ( )não +1 m

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio (X)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: ___/___/_____ 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 02/08/27. Horário: 07/30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 02 de agosto, 2022

Rosália M. Barbosa

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Rosalia Matozinhos Barbosa

Identidade: Chaguamento ano **CPF:** 049.286.066-12

Endereço: Av/Rua: rede **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** 8477-0285

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ **)**

Nome do animal: Mel **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 1 5a **Cor:** Marrom

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: ___/20___ ( )não 1 Jm

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 9,200 Kg

Já tomou medicação anti cio (X)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: ___/___/_____ 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 02/08/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro 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) dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Não castrou
Apresentou crise convulsiva após
sedação.

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 02 de agosto, 2022

Rosália M. Barbosa

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEIT

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Rosalia M. Barbosa

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Chacramento Guaxinde **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** 8477 /

Dados do animal (N° do RGA/Microchi 963008000893878 A482747

Nome do animal: Shakira **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 2a **Cor:** Bege

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: / 20 ( )não 2 m

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** ~~xxx~~ ± 15 d **Peso:** 7,400

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 02/08/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro 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 d, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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 procedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

14) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 02 de agosto, 2022

Rosilva M. Barbosa

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Rosalia Matosinhos Barbosa

Identidade: _____ **CPF:** 049.286.066-12

Endereço: Av/Rua: Chacreamento Juno 2 rua **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** 8477-0283

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ 963008000894734 A475571

Nome do animal: Fred **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: Siamês **Idade:** 1 ano **Cor:** marrom

Pelagem: marrom **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 28/07/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 4,100

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 02/08/22 horário: 07:30 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 02/08/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro 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 _ dias, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 02 de agosto, 2022

Rosalia M. Barbosa

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

Canil 08

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

963008000894166 A480519

1- Dados do reclamante

Nome: Paulina dos Santos Nogueira
RG: MG 13264277 CPF: 065 732 966 56
Endereço: Rua Idanda Cipriano
nº: 397 . Bairro: Bela Vista tel. (fixo/cel): 982 13 1564

Motivo da solicitação para recolhimento de animal: Cão de rua, segundo do reclamante entrou em sua residência.

2- Dados do animal:

Espécie:(x)Cão ( )Gato ( )Bovino ( )Equino Sexo: (x) Macho ( )Fêmea
Nome: Cipriano Raça: SRD Idade: ± 6 m
Cor: Porte (x)Pequeno ( )Médio ( )Grande
Características Marcantes: pelagem longa.

Paulina dos Nto Nogueira
Assinatura do reclamante

3-Recolhimento e Avaliação do Animal:

Data do recolhimento: 22/07/22
Número lacre ou chip:
Local do recolhimento: Bela Vista
Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Vanessa, Pascoa
Condições do animal ao ser recolhido:

Avaliação do médico veterinário:

DPP ( ) Reagente ( ) Não reagente

Destino: ( ) UVZ (x) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros:

Castrado em 10/08/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Canil 09 DPP+ 14,400

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 25/07/22 963008000893769 A445073

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro Peduta
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: amarelo
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Pedreira

Motivo do recolhimento: castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: João . Luciano

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
Boas DPP(+) Vermif Anti pulgas

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Henrique Gomes Borges Leite

Eutanásia 25/07

PREFEITURA MUNICIPAL DE [illegible]NHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Carol
11

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000895227 A478922

Data do recolhimento: 25/07/22

Características do animal:
(+) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro Tabinho
(+) Macho ( )Fêmea
Cor: Preto e Branco
Pelagem: curta
Porte( ) Pequeno (+) Médio () Grande
Raça: SRD

963008000895227 A478922

Local do recolhimento: UPA

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: João , Luciana

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
An. prostrado. Sem. ocular. Teste Anemose (-)

Destino: ( ) UVZ(+) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros:

Responsável pelo preenchimento do termo:

Solto em 10/08/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Canil 16 2 16

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 22/07/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Amarelo
Pelagem: curta
Porte: (X) Pequeno ( ) Médio () Grande
Raça: SRD

963008000894582 A508169

Local do recolhimento: Pq Cachoeira

Motivo do recolhimento: não morder no motofest

Funcionário responsável pelo recolhimento: Anisio

Condições do animal ao ser recolhido: não aceitou nada

Avaliação do médico veterinário:
Boa

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia
( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do

q

Feito em 10/08/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRADINHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Cani C
15

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000895847 A482389

Data do recolhimento: 25/07/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Preta
Pelagem: curta
Porte( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça:

Local do recolhimento: Pedreira

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: João, Luciano

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:
Boas DPP(-) Vermífugo

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia 02/08/22
( ) Outros:

Responsável pelo preenchimento do termo: Roberto

Salto 31/08/22

05

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

1- Dados do reclamante

Êmio gram

Nome: Edson José Mendes
RG: MG-3056.187 CPF: 634.745.306-15
Endereço: Rua Zé Areia, Emio gama
nº: 329. Bairro: Zé Areia tel. (fixo/cel): (31) 98253-3E96

Motivo da solicitação para recolhimento de animal: animal avançado

963008000893708 A505289

2- Dados do animal:

Espécie: (X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea
Nome: Caramelo Raça: SRD Idade: _____
Cor: Amarelo, Branco Porte ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Características Marcantes: Pelo Branco

Edson José Mendes
Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e Avaliação do Animal:

Data do recolhimento: 01 / 08 / 22
Número lacre ou chip: _____
Local do recolhimento: Zé Areia
Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Luciano / Amanda / Sara / Elora
Condições do animal ao ser recolhido: _____

Avaliação do médico veterinário: _____

DPP ( ) Reagente ( ) Não reagente

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

Soltar em 11/08/2

02
8

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

963008000893970 A498574

Enio peq. DPP+

1- Dados do reclamante

Nome: Edson José Mendes
RG: MG-30.56.187 CPF: 684.745.306-15
Endereço: Rua Enio Goma
nº: 329 . Bairro: Zé Arrigo tel. (fixo/cel): (31)98253-3696

Motivo da solicitação para recolhimento de animal: Animal avançando

2- Dados do animal:

Espécie: (X)Cão ( )Gato ( )Bovino ( )Equino Sexo: (X) Macho ( )Fêmea
Nome: Enio Raça: SRD Idade: _____
Cor: ~~Marrom~~ / Bege Porte ( )Pequeno (X)Médio ( )Grande
Características Marcantes: _____

Edson José Mendes

Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e Avaliação do Animal:

Data do recolhimento: 01/08/2022
Número lacre ou chip: _____
Local do recolhimento: Bairro Zé Arrigo
Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Luciano/Amanda/Elaine/Keerna
Condições do animal ao ser recolhido: _____
Avaliação do médico veterinário: _____
DPP ( ) Reagente ( ) Não reagente Animal LVC+
Destino: ( ) UVZ (X) Castração (X) Eutanásia
01/08

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

~~14~~ Canil 1, 2 e 1

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Iguana (Maia)

Data do recolhimento: 19/07/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_
963008000895119 A499234
( ) Macho ( )Fêmea
Cor: Preta
Pelagem:
Porte( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: Pit bull

Local do recolhimento: SITIO DA IGUANA (ESTRADA CACHOEIRA

Motivo do recolhimento: ANIMAL INVADIU A RESIDÊNCIA DO SITIO, ESTA AGRESSIVO, AVANÇANDO

Funcionário responsável pelo recolhimento: LUCIANO LANSIO

Condições do animal ao ser recolhido:

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ( ) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros:

Responsável pelo preenchimento do termo:

ID MZ580725

Adotada 19/08/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(5)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Proprietário: Rosalia M. Barbosa

Identidade: M 8744319 **CPF:** 049286066-12

Endereço: Av/Rua: Chacreamento Ouro Verde **Nº:** 21

Bairro: X **Telefones:** 98477[illegible]5

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894017 A442248

Nome do animal: Vida **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 3 meses **Cor:** Preta e branca

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** X **Peso:** 10,100kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 09/08/22 horário: 7:30 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 09/08/22. Horário: 7/30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 pel castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 09 de agosto, 2022

x _____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: Protetor (Rosa Cão)

Proprietário: Celiomo O. Silva

Identidade: _____ **CPF:** 013.836.606-97

Endereço: Av/Rua: Fernando Correia **Nº:** 127

Bairro: Barro Preto **Telefones:** 98659-0593

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip 963008000893175 A468989

Nome do animal: Victor **Especie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 3 anos **Cor:** Caramelo

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** 3 meses **Peso:** 5Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 09/08/22 horário: 7:30 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 09 / 08 / 22. Horário: 7 / 30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 09 de agosto, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

REFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: Proteton (Rosalia)

Proprietário: Juramar Patrício dos Santos

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: R. José Varturi **N°:** 157

Bairro: Soledade **Telefones:** 35 / 999858298

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895006 A493440

Nome do animal: Beethoven **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: S.R.D **Idade:** 3 anos **Cor:** Preto

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X) 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, perfil renal 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: 09/08/22 horário: 7:30 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 09/08/22. Horário: 7/30 horas.

Declaro 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 d[illegible], que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 09 de agosto, 2022

x _____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

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

Canil 9

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

963008000895135 A493511

Data do recolhimento: 02/08/22

Características do animal: Sebastiana
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X)Fêmea
Cor: Preta
Pelagem: curta / média

963008000895135 A493511

Porte( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Rua São Sebastião 186 Maranduba

Motivo do recolhimento: Cadela de rua no Cio

Recolhido por Rômulo - uma Viviam 98804-6174

Funcionário responsável pelo recolhimento: Anisio

Condições do animal ao ser recolhido: ?

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: _____

Solta 19/08/22

PREFE AS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

(3)

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Ivan Bernardo Oliveira Paula Silva

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Rua Alice Maria de Carvalho **Nº:** 400

Bairro: Char. Lindo Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894964 A475989

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: Ritbull **Idade:** _____ **Cor:** marron

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yan Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____ / _____

963008000895829 A484070

Dados do animal (N° do RGA/Microch..p: _____ **)**

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Ruiva

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10 / 08 / 22 Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yuri Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNIC

5 9,5kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Char. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894139 A450403 **ro:** _____

Local de recolhimento do animal: Rua: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** caramelo

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10/08/22, Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Ivan Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEIT

(6) 11 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Char. Ilha Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893163 A456984

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Caramelo 6 **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo 6

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yam Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MU... 8kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893940 A442127

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ irro: _____

Nome do animal: Cmg 7 **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yan Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

8 17 Kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Chac. Lucia Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895759 A489691

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branco

Pelagem: Longa **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10 / 08 / 22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yan Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS 13kg (9)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893237 A440973

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** caramelo (9)

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande 13 Kg

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yan Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITUF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894094 A446575

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branca e Amarela

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 10/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma e perfil renal), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Yam Bernardo Oliveira Paula Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

963008000893979 A459377

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

canil (5)

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 11/08/22

Maxwel

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Cinza
Pelagem: Pinta
Porte( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

963008000893979 A459377

Local do recolhimento: R. Enio gama 329 B. Le Hugo

Motivo do recolhimento: Projeto castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Enio e Neia

Condições do animal ao ser recolhido: Bom

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Narcinéia

Adão F. Lima

Devolvido 25/08/22

MUNICIPAL DE CONGONHAS Canil 2

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

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: cão comunitário)

Proprietário: Maiara Caroline Dutra Felix

Identidade: _____ **CPF:** 103609 246 11

Endereço:Av/Rua: BR040 Km 608 campo das flores **N°:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** 997622495/ _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895493 A508298

Nome do animal: Petunia **Espécie:**(x) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 3 anos **Cor:** Preta

Pelagem: Curta **Porte:**( ) Pequeno ( ) Médio (x) Grande

Vermifugado:( )sim, data: ___/20___( )não 28,400kg

Está no cio( )sim (x)não **Último cio:** Não sabe **Peso:** 28 kg

Já tomou medicação anti cio(x)sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 21/08/22 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 23/08/22. Horário: 7/30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Buscou 01/09/22

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino). aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 22 de Agosto, 2022

Maiara Caroline D. Feliciano

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Ilmg

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Lurdo Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893692 A485756

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Rajado **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Rajado

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 24/08/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Umg 7

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

10,700kg

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Umg

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Bras. Ilusão Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894766 A485627

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Amarelo **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarelo

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 24/08/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, opte por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Img 6

IZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Img 6

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894602 A487900

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo branco

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), e declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Cong (5)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Cong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Chac. Ilha Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894888 A481437

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (+) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branco e Caramelo

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24 / 08 / 22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

963008000894960 A496291

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Cong (4)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: _____

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Dinca Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Bac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ 963008000894960 A496291

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Pretinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24 / 08 / 22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), <u>declaro:</u>

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS Ong 3

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Ong 3

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Bnac. Ouro Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Mic 963008000893766 A437597)

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: Ong 3 **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta e Branca

Pelagem: Longa **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____ de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS Cng 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Cng 2

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: __ 963008000895811 A505318

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Nº: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarela

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____ de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PR NHAS Cng 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Cng 1

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894241 A484159

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preto e Branco

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data:____/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 24 / 08 / 22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 24/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

_____

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

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

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: GATO **)**

Proprietário: Cruzinha

Identidade: _____ **CPF:** 591.259.006-25

Endereço:Av/Rua: R: José Cardoso Oliveira **N°:** 237 **Bairro:** Lé Areia **Telefones:** 99669-8151

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893563 A462058

Nome do animal: Pacato **Espécie:**( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Rajado

Pelagem: curta **Porte:**(X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado:( )sim, data:___/ 20___( )não

Está no cio( )sim ( )não **Último cio:**_____ **Peso:** 4 kg

Já tomou medicação anti cio( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 30/8/22 horário: 7:30 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 30 / 08 / 22. Horário: 7 / 30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de agosto, 20 24

Terezinha Eduardo de Oliveira ADÃO

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

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

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: GATO)

Proprietário: Terezinha

Identidade: _____ **CPF:** 591.259.006-25

Endereço:Av/Rua: R: José Cardoso Ozorio **N°:** 237 **Bairro:** Jd Aclso **Telefones:** _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _ 963008000895706 A495860

Nome do animal: _____ **Espécie:** ( ) cao (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: Thor **Idade:** _____ **Cor:** Amarelo

Pelagem: _____ **Porte:** (X) 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, perfil renal 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: 30/08/22 horário: 7 : 30 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 30 / 08 / 22. Horário: 7 / 30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino) aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de agosto, 2024

Sergio Eduardo de Oliveira ADÃO

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

:FEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

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

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: GATO **)**

Proprietário: Terezinha

Identidade: _____ **CPF:** 591 259. 006 - 25

Endereço:Av/Rua: R: José Caetano Ozório **N°:** 237 **Bairro:** Jd Arcino **Telefones:** __/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893445 A457923

Nome do animal: Tom **Espécie:**( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preto

Pelagem: _____ **Porte:**(X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado:( )sim, data:__/_20__( )não

Está no cio( )sim ( )não **Último cio:**_____**Peso:** 4,100Kg

Já tomou medicação anti cio( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 30/08/22 horário: 7:30 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 30 / 08 / 22. Horário: 7 / 30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino) aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de agosto, 2022

Leandro Oliveira de Oliveira ADÃO

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

91

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

963008000894014 A452057

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Proprietário: Terezinha

Identidade: _____ **CPF:** 591.259.006-25

Endereço:Av/Rua: R: José Pardeiro Ozorio **N°:** 237 **Bairro:** Jé Alves **Telefones:** _____/_____

963008000894014 A452057

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____

Nome do animal: Lina **Espécie:**( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 7m **Cor:** Rajada Preto e Amarelo

Pelagem: _____ **Porte:**( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado:(X)sim, data:__/_20__( )não

Está no cio( )sim (X)não **Último cio:**_____**Peso**: _____

Já tomou medicação anti cio( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 30/08/22 horário: 7:30horas

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 30/08/22. Horário: 7/30horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino) aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de agosto, 2022

Lorenzo Eduardo de Araujo

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

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

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: GATO **)**

Proprietário: Terezinha

Identidade: _____ **CPF:** 591.259.006-25

Endereço:Av/Rua: R: José Candido Ozorio **N°:** 237 **Bairro:** Jd Aeroporto **Telefones:** 99669-8151

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894023 A446309

Nome do animal: Bolinha **Espécie:**( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta e Branca

Pelagem: Curta **Porte:**(X) 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, perfil renal 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: 30/08/22 horário: 7:30 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 30/08/22. Horário: 7/30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 30 de agosto, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(4)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: Ong.)

Proprietário: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Estrada Maria Alice de Carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894752 A495636

Nome do animal: Pinga **Especie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Pinga

Pelagem: Preta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 2,400Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 31/08/22 horário: 07:30 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 31/08/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando os profissionais médicos veterinários responsáveis pela cirurgia isentos de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 31 de agosto, 2022

Tatiane Dias Nogueira

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL D[illegible]

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Ung

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 980

Bairro: Chac. Oura Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: _____ 963008000894387 A490544

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: S/nome **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Cinza e branco

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Tatiane Reis Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNI

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

(3)

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Ana

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: chac. Olivo Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000893727 A509037

Local de recolhimento do animal: Rua: __ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 pel castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei manter o animal com água e alimentação adequada, em local higienizado, com cola elisabetano, com cobertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar os medicamento prescritos e realizar os procedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

14) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma

declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização d exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, opt por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis risc inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissio isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 31 de agosto, 2022

Tatiane Lopes Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Boa. Lima Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (Nº do RGA/Micro 963008000893825 A487005

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: S/nome **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Laranja/Preto/Branco

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 31/08/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Tatiane Dias Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUN

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

8

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera:)

Tutor: ONG-Apasc

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (Nº do RGA/Microch. 963008000894615 A500626

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: Sem nome **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarelo e Preto

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 pe castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, opte por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissiona isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Tatiane Alves Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera:)

Tutor: ONG PARC

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Olivo Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000894349 A505750

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: SRD **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 diferen da programada, sempre em benefício do paciente;

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fême esteja gestante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a segurança animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, especialmente diante das consequênci desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizad nessa situação.

8) Que fui orientado a vermifugar o animal (receita prescrita e entregue ao proprietário) com prazo de mínimo 7 dias antes da cirurgia;

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

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

11) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal, após a cirurgia, o Veterinário responsável castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliaçã internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

12) Que fui informado(a) e estou ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e recebe um número de identificação;

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade que deverei manter o animal com água e alimentação adequada, em local higienizado, com col elisabetano, com cobertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar os medicament prescritos e realizar os procedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

14) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização d exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, op por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis risc inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissior isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Tatiane Reis Nazareth

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

(9) (6)

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Tatiana dos Nascimento ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Rua Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Jac-Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: ____ 963008000893097 A440294

Local de recolhimento do animal: Rua: ONG **Bairro:** _____

Nome do animal: Sem Nome **Espécie:** (x) cão ( ) gato **Sexo:** (x) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** amarela

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (x) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20____ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 30/08/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 pe castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Tatiane Lopes Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Boa. Ouro Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000894566 A494...

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD/Pinscher **Idade:** _____ **Cor:** Marrom

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: ___/___/_____ horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 31/08/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma) <u>declaro:</u>

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, _____de _____, 20_____

Fátima Maria Nascimento

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

03

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG (Cidadania)

Identidade: _____ **CPF:** 827.497.876-53

Endereço: Av/Rua: José Fernandes de Araujo **Nº:** 104 A

Bairro: Res. Gualter Monteiro **Telefones:** 997389212

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893746 A494439

Nome do animal: Safira **Especie:** (✓) cão ( ) gato **Sexo:** (✓) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** chocolate

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, perfil renal 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: 05/09/22 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 05/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de setembro, 2022

Gislaine A. Dalle

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

06

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG Cgulainael

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: José Fernandes de Araujo **Nº:** 104 A

Bairro: R. Quatro Irmãos **Telefones:** 9 9718 9812

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip 963008000895709 A499842

Nome do animal: Bolinha **Espécie:** ( ) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** — **Cor:** Preta e Branco

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 10,800KG

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/09/22 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 05/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de Setembro, 2022

Gislaine A. Dale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA M

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ____

963008000895667 A480806

Proprietário: ONG (Cristiane)

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: José Fernandes de Araújo **Nº:** 104 A

Bairro: Res. Gualter Monteiro **Telefones:** 99718921

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895667 A480806

Nome do animal: Serviço **Espécie:** (X) cao ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branca e Preta

Pelagem: _____ **Porte:** (X) 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, perfil renal 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: 06/09/22 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 06/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de Setembro, 2022

Gislaine A. Vale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

2

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

02

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG Cavalaine

Identidade: _____ **CPF:** 827.497.876-53

Endereço: Av/Rua: José Fernandes de Araújo **N°:** 104 A

Bairro: R. Quatro Fronteiras **Telefones:** 9-9718 / 9212

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893376 A506678

Nome do animal: grandona **Especie:** (X) cão ( ) gato **exo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branca amarela e Preta

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 06/09/22 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 06/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal em possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de Setembro, 2022

Gilcrine A. Dale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(04)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG (Guelaine)

Identidade: _____ **CPF:** 827.497.876.53

Endereço: Av/Rua: José Fernandes de Araújo **Nº:** 104A

Bairro: R. Quatro Irmãos **Telefones:** 9.9718.9212

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895851 A493111

Nome do animal: Esmeralda **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 9 a 10 anos **Cor:** Branca e Preta

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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 06/09/22 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 06/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de Setembro, 2022

Gislaine A. Vale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

05

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG (Guelaine)

Identidade: _____ **CPF:** 827.497.896.53

Endereço: Av/Rua: José Fernando de Araújo **Nº:** 104A

Bairro: R. Walter Martins **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893446 A496370

Nome do animal: Laranjinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarela e Branca

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 06/09/22 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 06/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da ·ogramada, sempre em benefício do paciente;

) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fêmea esteja estante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a segurança do animal, erá concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, especialmente diante das consequências desfavoráveis u fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

) Que serei responsável pelo transporte do animal, que deve ser feito de acordo com as normas do Código de rânsito Brasileiro, até a UVZ no dia e horário agendado (permitido atraso máximo de 10 minutos) para a astração e que deverá permanecer no local até que a cirurgia seja finalizada para alta do animal e recebimento as orientações do pós-operatório. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa e transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal ossíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

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

1) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal, após a cirurgia, o Veterinário responsável pela astração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, icando as minhas custas esse tratamento.

2) Que fui informado(a) e estou ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um úmero de identificação;

3) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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.

4) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (<u>Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma</u>), eu declaro:

) Animal realizou exames de risco cirúrgico

) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de Setembro, 2022

Cristiane A. Dale

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

(1)

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: Wagner Magalhães de Assis

Identidade: _____ **CPF:** 055.919.826.39

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Silva **N°:** 155

Bairro: Barro Preto **Telefones:** 9.9635.1540

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894661 A487176

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X cão) **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarelo / Branco

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 10,200kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 0 /___/_____

Data e horário do agendamento da castração: 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Setembro, 2022

Wagner M Sousa

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(2)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Wagner Magalhães de Assis

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.806-39

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Filho **Nº:** 155

Bairro: Bairro Rute **Telefones:** 9 9635 5540

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895295 A497806

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 15,400kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 21 de Setembro, 2022

Wagner M. Dias

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

03

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera:)

Proprietário: Wagner Magalhães de Dozio

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.826.39

Endereço: Av/Rua: Maria de Freitas Silva **N°:** 155

Bairro: Barro Preto **Telefones:** 9 9635 5540

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894289 A503722)

Nome do animal: ONG 3 **Espécie:** C **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) 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, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

2) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 21 de Setembro, 2022

Wagner M. Reis

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

04

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Wagner Magalhães de Assis

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.826.39

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Silva **N°:** 155

Bairro: Barro Preto **Telefones:** 9 9635 5540

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895807 A485451 963008000893394 A499163

Nome do animal: _____ **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Caramelo

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) 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, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 21 de Setembro, 2022

Wagner M. Dias

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

963008000893494 A494726

ZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

05

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Wagner Magalhães de Assis

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.096-29

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Silva **N°:** 155

Bairro: Barro Preto **Telefones:** 9.9635.5540

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893494 A494726

Nome do animal: Bruce ONG 5 **Especie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta e amarela

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) 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, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 d
da programada, sempre em benefício do paciente;
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 seguranç
animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, especialmente diante das consequência
desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.
8) Que fui orientado a vermifugar o animal (receita prescrita e entregue ao proprietário) com prazo de no mínimo 7 dias antes da cirurgia;
9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.
12) Que fui informado(a) e estou ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um número de identificação;
13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 21 de Setembro, 2022

Wagner M. Dias

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Wagner Magalhães de Lopes

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.886.39

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Filho **N°:** 155

Bairro: Barroleta **Telefones:** 9 9635 1.5540

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893500 A482042

Nome do animal: Negona ONG **Espécie:** (X) cão ( ) gato **exo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD/CHOWCHAW **Idade:** _____ **Cor:** Preto e amarelo

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio (X) 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, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 01 de Setembro, 2022

Wagner M. Dias

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

07

Dados do proprietário do animal:

Proprietário: Wagner Magalhães de Lacio

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.806.39

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Silva **Nº:** 155

Bairro: Bairro Rute **Telefones:** 9.9635.5540

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip 963008000895946 A477804

Nome do animal: Residencial **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** caramelo

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 22.450Kg

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: ___/___/_____ 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 21/09/22. 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, 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;

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se c
esteja gestante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para
do animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, neste caso, não há como ma
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.

Hemograma e eletrocardiograma com laudo

( ) Entregou 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. Justifico que não entreguei os exames, pois:

1- ( ) Não tenho condições financeiras de realizar esses exames. Possuo o benefício bolsa família n°_____ (cartão bolsa família anexo).
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.

Assinatura do tutor do animal: _____

Congonhas, 01 de Setembro, 2022

Wagner M. Assis

(Assinatura do proprietário do animal)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Wagner Magalhães de Assis

Identidade: _____ **CPF:** 055.917.826.39

Endereço: Av/Rua: José de Freitas Silva **N°:** 155

Bairro: Barra Rica **Telefones:** 9.9685-1554O

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895316 A500189

Nome do animal: Nina **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branca

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) 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, perfil renal 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: ___/___/_____ 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 21/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declar

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 21 de Setembro, 2022

Wagner M. Ap

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Canil (2)

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 19/09/22

Características do animal:
(X) **Cão** ( ) **Gato**( ) **Bovino** ( ) **Equino** ( ) **outro**_____
(X) **Macho** ( )**Fêmea**
Cor: Preto Preto Recanto
Pelagem: curta
Porte( ) **Pequeno** (X) **Médio** () **Grande**
963008000895936 A471252
Raça: SRD

Local do recolhimento: José Hélio de Miranda (Recanto) Jardim Primavera - Posto do Bar Recanto das Andorinhas

Motivo do recolhimento: Castração

Funcionário responsável pelo recolhimento:_____

Condições do animal ao ser recolhido: Lucional físico normal

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) **UVZ**(X) **Castração**( ) **Eutanásia**

( ) **Outros:** _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Elaine

Solto 10/10/22

Castrado 29/09

PREFEITURA MUNICIPAL DE CO
SECRETARIA MUNICIPAL DE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Canil
(6)

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 19 / 09 / 22

kgr = 21 kgr

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: Marrom Amarela Recanto
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

963008000894306 A500442

Local do recolhimento: José Hélio de Miranda (Recanto) - lado do Bar Recanto das Andorinhas

Motivo do recolhimento: CASTRAÇÃO

Funcionário responsável pelo recolhimento: Luciano / João / Clara

Condições do animal ao ser recolhido:

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia
( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Clara

Solto 10/10/22

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(3)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

963008000894488 A499555

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____

Proprietário: Associação Protetores de Animais

Identidade: MG 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 10252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____)

Nome do animal: Julio **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** 3 anos **Cor:** Preto

Pelagem: longa **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 09/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 3,200KG

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 28/09/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 28/09/22 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 28/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(4)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Proprietário: Associacao Protetora de Animais

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 972390252

963008000899574 A486987

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____)

Nome do animal: Lavon **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** 1 ano **Cor:** cinza claro

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 09/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 2,250KG

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 28/09/2022

Data e horário do agendamento da castração: 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 28/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(5)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Associação Protetora dos Animais

Identidade: MG - 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ **)**

Nome do animal: Duda **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** ± 2 anos **Cor:** Marron

Pelagem: _____ **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

963008000893151 A505700

Vermifugado: (X)sim, data: 09 / 2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 5,600kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 28/09/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 28/09/22 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 28/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

6

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Proprietário: Associação Protetora dos Animais

Identidade: MG - 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **Nº:** _____

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 1 0252

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: _____)

Nome do animal: Fabiola **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Marron (Maior)

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 09 / 2022 ( )não

963008000895345 A490623

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 10,200Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 21/09/22

Data e horário do agendamento da castração: 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 21/09/22. Horário: __/__ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

3.3

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(4)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Associação Protetora de Animais

Identidade: MG - 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ **)**

Nome do animal: Linda **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** ± 1 ano **Cor:** Preta e Branca

Pelagem: Curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médi

963008000895961 A476065

Vermifugado: (X)sim, data: 09/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 28/09/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 28/09/22 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 29/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(8)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Associação Protetora de Animais

Identidade: MG-12.351.930 **CPF:** 139.522.306-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ **)**

Nome do animal: Jussara **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Marron

Pelagem: curto **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 09/2022 ( )não

963008000896026 A505239

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 28/09/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 28/09/22 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 28/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(9)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Proprietário: Associação Protetora dos Animais

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____)

Nome do animal: Tita **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** ± 1 ano **Cor:** Branca e Marron

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

963008000895972 A470726

Vermifugado: (X)sim, data: 09/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 9,200KG

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 28/09/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 28/09/22 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 28/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da ›gramada, sempre em benefício do paciente;

Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fêmea esteja stante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a segurança do animal, rá concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, especialmente diante das consequências desfavoráveis fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

Que serei responsável pelo transporte do animal, que deve ser feito de acordo com as normas do Código de ânsito Brasileiro, até a UVZ no dia e horário agendado (permitido atraso máximo de 10 minutos) para a stração e que deverá permanecer no local até que a cirurgia seja finalizada para alta do animal e recebimento s orientações do pós-operatório. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e ssíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

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

1) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal, após a cirurgia, o Veterinário responsável pela astração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, cando as minhas custas esse tratamento.

2) Que fui informado(a) e estou ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um úmero de identificação;

3) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que everei manter o animal com água e alimentação adequada, em local higienizado, com colar elisabetano, com bertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar os medicamentos prescritos e realizar os rocedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

4) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

) Animal realizou exames de risco cirúrgico

) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames e risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, urante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de uaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de Setembro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

10

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Proprietário: Associação Protetora de Animais

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **Nº:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 10252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____)

Nome do animal: ~~Leão~~ Lua **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ~~( ) macho~~

Raça: Chow Chow **Idade:** _____ **Cor:** _____

963008000894138 A441433

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Gr

Vermifugado: (X) sim, data: 08/2022 ( ) não

Está no cio ( ) sim (X) não **Último cio:** Março **Peso:** 15,900 kg

Já tomou medicação anti cio ( ) sim (X) não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 26/09/22

Data e horário do agendamento da castração: 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 28/09/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 28 de setembro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(7)

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

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: cão comunitário **)**

Proprietário: João Pedro Santos Bastos

Identidade: _____ **CPF:** 160.898.056-93

Endereço:Av/Rua: Chacramento Ano Novo **N°:** S/N **Bairro:** _____ **Telefones:** 98472-5869

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893904 A463097

Nome do animal: Black **Especie:**(X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: Pit Bull **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:**( ) Pequeno ( ) Médio (X) 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, perfil renal 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: 05/10/22 horário: ____:____horas

fica solto no chacramento. João pegou p/ cadastro

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.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Queme foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que devereimanter 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) Sobre a entrega dos exames derisco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgicopara a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

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

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Canil 15

Data do recolhimento: 30/09/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
( ) Macho (X) Fêmea
Cor: Preta
963008000895814 A508814
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: Caps

Motivo do recolhimento: cio, castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Anísio, João

Condições do animal ao ser recolhido: Boa

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: João.

Devolvida em 14/10/22

Castrada 04/10

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: Rua)

Tutor: Wagner Reinaldo Costa Moreira

Identidade: _____ **CPF:** 123.812.466.65

Endereço: Av/Rua: 21 de maio **N°:** 50

Bairro: F. dos Moinhos **Telefones:** 9.8980-8994

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893515 A507120

Local de recolhimento do animal: Rua: 21 de maio Bairro: F. dos moinhos

Nome do animal: Wagner **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** amarelo

Pelagem: Longa **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 24/10/22 horário: ____:____horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em _____/_____/_____. Horário: ___/___ horas.

Declaro que o animal em questão é de rua, que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Devolvido ao dono p/ pós
Notificado p/ não deixar ani na rua

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 recebimento das orientações do pós-operatório.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 23 de Setembro, 2022

Wagner Reinaldo Costa Moreira

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS 02

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Loc. Ouro Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895826 A474695 Amarela Pires 1

Nome do animal: Pires 1 **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD pinsh **Idade:** _____ **Cor:** amarela

Pelagem: Curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___ / 20___ (X)não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 12kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22

Data e horário do agendamento da castração: Data: 05/10/22 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera:_____)

Proprietário: ONG

Identidade:_____ **CPF:**_____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Boa Vista Verde **Telefones:** _____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip 963008000896028 A482721 _____)

Nome do animal: JIC CIO **Espécie:** ( ) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** preta pata rajada

Pelagem: longa **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data:__/__/20__ (X)não

Está no cio (X)sim ( )não **Último cio:**_____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1 ue me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Bac. Outro Verde **Telefones:** _____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip 963008000895692 A483407

Nome do animal: Pires Preta 2 **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Preta

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ (X)não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895371 A509540

Nome do animal: Pino 3 **Espécie:** (X) cão ( ) **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarela

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 16,4kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Bar. Ouro Verde **Telefo**

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000895823 A491270

Nome do animal: Oscar 2 **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** preta

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** cruzada **Peso:** 23,500

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal em possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chac. Lucia Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893057 A500505

Nome do animal: Diana **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD Labrador **Idade:** _____ **Cor:** ponta da preta bca

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: ___/ 20 ±9d ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 17,400Kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não Cruzada

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22

Data e horário do agendamento da castração: 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 20 22

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

09

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: ONG

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Bac. Lurdes Verde **Telefones:** _____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000893378 A477791

Nome do animal: Ranjinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** dourada

Pelagem: média **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 05/10/22

Data e horário do agendamento da castração: 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 05/10/22. Horário: ___/___ horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

( ) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 05 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SETOR DE ZOONOSES
UNIDADE DE VIGILÂNCIA DE ZOONOSES SEBASTIÃO MAURÍCIO

Cani

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL MEDIANTE RECLAMAÇÃO

1- Dados do reclamante

963008000894223 A495844

Nome: _____
RG: _____ CPF: _____
Endereço: Rua Bela Vista
nº: _____. Bairro: _____ tel. (fixo/cel): _____

Motivo da solicitação para recolhimento de animal: Cruzeiro castração

2- Dados do animal:

Espécie: (X)Cão ( )Gato ( )Bovino ( )Equino Sexo: ( ) Macho (X)Fêmea
Nome: ~~Duda~~ Tuti Raça: ~~Lhasa~~ SRD Idade: ~~—~~
Cor: caramelo Porte ( )Pequeno ( )Médio ( )Grande
Características Marcantes: _____

_____

Assinatura do reclamante

3- Recolhimento e Avaliação do Animal:

Data do recolhimento: 28/09/22
Número lacre ou chip: _____
Local do recolhimento: Bela Vista
Funcionários responsáveis pelo recolhimento: Luciano
Condições do animal ao ser recolhido: Normais

Avaliação do médico veterinário: Sem observações

DPP ( ) Reagente (X) Não reagente

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

Devolvida em 14/10/22

Castiada 06/10

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
UNIDADE DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Canil (8)

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

DPPE) canil

Data do recolhimento: 23/09/22

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____ 10 kg
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Preto e marrom Maio
Pelagem: Longa
Porte ( ) Pequeno (X) Médio () Grande
Raça: SRD

963008000895328 A489596

Local do recolhimento: R: 21 de maio, em frente ao Nº 50 Fonte dos Moinhos

Motivo do recolhimento: Projeto castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: Lu, gleiane, João e Neia

Condições do animal ao ser recolhido: Boas

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ(X) Castração( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Marcineia

Salto 27/10/22

Castrado 17/10

DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Apar congonhas

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alva Maria de carvalho **N°:** 480

Bairro: choca. ouro verde **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895236 A489788

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Dandara **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 1 ano **Cor:** cinza e branca

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

(3)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Apar. Congonhas

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Chacr. Alvorada **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894867 A488878

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ irro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Aisha **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Amarela, Preta, Branca

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 07/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

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

963008000893585 A443724

963008000893585 A443724

TERMO DE RECOLHIMENTO DE ANIMAL

Data do recolhimento: 22/07/22

963008000893585 A443724

Características do animal:
(X) Cão ( ) Gato ( ) Bovino ( ) Equino ( ) outro_____
(X) Macho ( )Fêmea
Cor: Preto e amarelo Tomás
Pelagem: curta
Porte ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande
Raça: SRD

Local do recolhimento: R: Tomas Moreira, em frente ao Nº 63 B: Tijucal

Motivo do recolhimento: Projeto castração

Funcionário responsável pelo recolhimento: João Américo, Clara e Nívia

Condições do animal ao ser recolhido: Bom

Avaliação do médico veterinário:

Destino: ( ) UVZ (X) Castração ( ) Eutanásia

( ) Outros: _____

Responsável pelo preenchimento do termo: Narcimeia

Saltos 27/10/22

Castrado 19/10

(4)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Aparc Congonhas

Identidade: MG - 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chacr. ouro verde **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000893261 A464123

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Branquinha **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarelada

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19 / 10 / 22. Horário: 08 / 00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(5)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Aparc congonhas

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.592.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: parque. Ouro verde **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000893069 A507104

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ airro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Hana **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: Pit bull **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 07/ 2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 7 :30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 7:30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(6)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Apar congonhas

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chacr. alto verde **Telefones:** 97239/0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893317 A459385

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Roberta **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea ( ) macho

Raça: _____ **Idade:** _____ **Cor:** Tigrada

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 cirú
da programada, sempre em benefício do paciente;

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 segura
animal, será concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, especialmente diante das consequê
desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realiza
nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

963008000893482 A480585

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(7)

AÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Aparc congonhas

Identidade: MG· 22· 351· 930 **CPF:** 139 522 · 866 -30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **Nº:** 480

Bairro: Arcos. ouro verde **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893482 A480585

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Joana Vieira **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branca e Amarela

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/ 20 ___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22* horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 diferente da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(8)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Apac congonhas

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.592.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **N°:** 480

Bairro: choro. olho verde **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000895333 A495878

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ airro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Val **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** preto e Branco

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

9

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Apar congonhas

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de carvalho **N°:** 480

Bairro: chora. dino verde **Telefones:** 972391 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893439 A446462

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: gloria **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 4 anos **Cor:** Preta e marron

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: (X)sim, data: 08/2022 ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 08:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 di... da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

(7)

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

963008000894307 A494776

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 280

Bairro: Chacara. Ouro Verde **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: _____ **)**

Nome do animal: Pix **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: Pitbull **Idade:** 18 mes **Cor:** Branco / onça marrom

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno (X) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____ **Peso:** 19.350

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 20/10/22 horário: 08:00 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 20/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro 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 d[illegible], que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 pe castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internaçã ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 20 de Outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

(6)

NICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE A ...ÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: ONG)

Proprietário: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: Chacara Sao Jorge **Telefones:** _____/_____

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895136 A486824

Nome do animal: Shira **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: Shira-SRD **Idade:** 15 mesi **Cor:** marrom

Pelagem: curta **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio (X) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ (X)não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 18,6Kg ~~18,850~~

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 20/10/22 horário: 08:00 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 20/10/22. Horário: 08/00 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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.

Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica diferente da ogramada, sempre em benefício do paciente;

Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fêmea esteja estante após a abertura da cavidade abdominal, o procedimento de castração, para a segurança do animal, erá concluído, se possível, com a retirada dos fetos e, especialmente diante das consequências desfavoráveis u fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

Que serei responsável pelo transporte do animal, que deve ser feito de acordo com as normas do Código de rânsito Brasileiro, até a UVZ no dia e horário agendado (permitido atraso máximo de 10 minutos) para a astração e que deverá permanecer no local até que a cirurgia seja finalizada para alta do animal e recebimento as orientações do pós-operatório. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa e transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e ossíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

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

1) Que dependendo da gravidade do quadro clínico do animal, após a cirurgia, o Veterinário responsável pela astração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ando as minhas custas esse tratamento.

2) Que fui informado(a) e estou ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um úmero de identificação;

3) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que everei manter o animal com água e alimentação adequada, em local higienizado, com colar elisabetano, com obertura contra sol e chuva por um período de 7-10 dias, administrar os medicamentos prescritos e realizar os ocedimentos de cura do ferimento cirúrgico conforme orientações recebidas.

4) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (<u>Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:</u>

) Animal realizou exames de risco cirúrgico

) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames e risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

or fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, urante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de aisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

ongonhas, 20 de Outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DOMICILIADOS E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do proprietário do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Proprietário: Ong

Identidade: _____ **CPF:** _____

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **Nº:** 480

Bairro: Chapa. Ouro Verde **Telefones:** _____ / _____

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000895898 A497727

Nome do animal: Rogéria **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** 2 anos **Cor:** Preta / branca / marrom

Pelagem: curta **Porte:** (X) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___ / 20___ (X)não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____ **Peso:** 2,5 kg

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data da entrega do resultado do hemograma, perfil renal 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: 20/10/22 horário: 08 : 00 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 20 / 10 / 22. Horário: 08 / 00 horas.

Declaro 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 7 anos, e declaro ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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. Caso opte por deixar o animal na sede (Benedito Quintino), aloja-lo em caixa de transporte adequada e segura. O setor de zoonoses não se responsabiliza pela segurança do animal e possíveis fugas no trajeto da sede a UVZ.

10) Que deverei 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 20 de Outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Associação Protetora dos animais de Rua

Identidade: MG-22.261.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Felicia Mendes **Nº:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 971391025 2

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894150 A457802

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** cinza

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 26/10/22 horário: 07:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 26/10/22. Horário: 07/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

(2)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Associação Protetora de animais de Rua

Identidade: M6 - 22.351 930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **N°:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 972291022 52

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000894025 A448711

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: _____ **Espécie:** ( ) cão (X) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** cinza e branco

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 26/10/22 horário: 07:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 26 / 10 / 22. Horário: 07 / 00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou ciente que existe um risco de mortalidade, decorrente do próprio ato cirúrgico, da anestesia, das condições vitais do paciente, de problemas ainda não diagnosticado no animal e, que essas complicações, algumas vezes, decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis tais como reações orgânicas do próprio paciente;

5) Que fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(3)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO ~~PARA~~ CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Aparc congonhas

Identidade: MG. 22.351.930 **CPF:** 139.592.866-30

Endereço: Av/Rua: Alice Maria de Carvalho **N°:** 480

Bairro: _____ **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894287 A485122

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ airro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Jenny **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/ 20___ ( )não

Está no cio ( )sim (X)não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim (X)não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 19/10/22 horário: 07 : 00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 19 / 10 /22. Horário: 07 / 00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 pe castração indicará que eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, opte por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis risco inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissiona isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 19 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Associação Protetora de Animais de Rua

Identidade: MG-22.351.930 **CPF** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Eduardo Prado **Nº:** 261

Bairro: Bosque **Telefones:** 932390252

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip 985008000895361 A487663

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Dino **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** _____

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ____/20____ ( )não 11,250kg

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 26/10/22 horário: 07:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 26/10/22. Horário: 07/00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 pós-operatórias.

6) Que se ocorrerem intercorrências ou imprevistos a equipe médica poderá adotar técnica cirúrgica dife da programada, sempre em benefício do paciente;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(5)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____)

Tutor: Associação Protetora de animais de Rua

Identidade: MG - 22.351.930 **CPF:** 139.522.866-90

Endereço: Av/Rua: Feliciano Mendes **Nº:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 972 391 02252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000895367 A494134

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Rayda **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** marrom claro

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 26/10/22 horário: 07:00 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 26/10/22. Horário: 07:00 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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 cir... da programada, sempre em benefício do paciente;

7) Que não tenho conhecimento sobre prenhez ou cruzamento do animal, e, caso se constate que a fême... 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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transpor... e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissiona... isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Associação Protetora de animais de Rua

Identidade: M6.22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Elviano Mendes **Nº:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 972391/0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip 963008000893830 A450982

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ **Bairro:** _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Miguelo **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarelo

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 26/10/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 26/10/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

12) Que fui informado(a) e estou ciente de que, ao final da cirurgia o animal será microchipado e receberá um número de identificação.

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de outubro, 2022

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

(7)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera:)

Tutor: Associação Protetora dos Animais de Rua

Identidade: MG - 22.351.930 **CPF:** 139.523.866-30

Endereço: Av/Rua: Elicione Mendes **Nº:** 261

Bairro: Basílica **Telefones:** 97239 / 0252

Dados do animal (N° do RGA/Microchip: 963008000894666 A472970

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Girassol **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** (X) fêmea ( ) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Amarelo

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 26/10/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 26/10/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), ~~eu~~ declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 26 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS DE RUA E ORIENTAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Dados do tutor do animal (Pertence a lista de espera: _____ **)**

Tutor: Associação Protetora dos animais de Rua

Identidade: MG-22.351.930 **CPF:** 139.522.866-30

Endereço: Av/Rua: Silveiro Mendes **Nº:** 961

Bairro: Bolívia **Telefones:** 9713 9 / 0252

Dados do animal (Nº do RGA/Microchip: 963008000895029 A473848

Local de recolhimento do animal: Rua: _____ Bairro: _____

Responsável pelo recolhimento na rua: _____

Nome do animal: Zé dica **Espécie:** (X) cão ( ) gato **Sexo:** ( ) fêmea (X) macho

Raça: SRD **Idade:** _____ **Cor:** Branco e marrom

Pelagem: _____ **Porte:** ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande

Vermifugado: ( )sim, data: ___/20___ ( )não

Está no cio ( )sim ( )não **Último cio:** _____

Já tomou medicação anti cio ( )sim ( )não

Data e horário do agendamento da castração: Data: 20/10/22 horário: 07:30 horas

O tutor, vem, pelo presente, autorizar a Unidade de Vigilância de Zoonoses de Congonhas a realizar no animal, acima qualificado, procedimento cirúrgico de castração ao qual deverá submeter-se em 20/10/22. Horário: 07/30 horas.

Declaro que o animal em questão é de rua (animal foi recolhido na rua para castração), que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico; que o animal não está sob tratamento de hemoparasitose, convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes, que possui idade entre 6 meses a 7 anos, e declara ainda:

1) Que me foram detalhadamente explicadas pelo médico veterinário a natureza, a finalidade, as peculiaridades, os benefícios, os riscos e as possíveis complicações do procedimento cirúrgico;

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 estou ciente que a ausência de jejum pode acarretar complicações durante a cirurgia;

4) Que, como em toda intervenção cirúrgica, estou 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 fui 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;

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, especialmente diante das consequências desfavoráveis ou fatais da anestesia para esses. Portanto, autorizo que esse procedimento seja realizado nessa situação.

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

9) Que serei 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 deverei levar no dia da cirurgia um cobertor para aquecer o animal, inclusive durante o transporte, e um colar elisabetano (no caso de cães) 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 eu encaminhe o animal para uma clínica veterinária particular para avaliação e internação, ficando as minhas custas esse tratamento.

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

13) Que fui esclarecido de que o tratamento pós-operatório do animal é de minha inteira responsabilidade e que deverei 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) Sobre a entrega dos exames de risco cirúrgico (Hemograma, perfil renal e eletrocardiograma), eu declaro:

( ) Animal realizou exames de risco cirúrgico

(X) Animal NÃO realizou exames de risco cirúrgico. Fui informado sobre a importância da realização dos exames de risco cirúrgico para a segurança do animal durante o procedimento cirúrgico, no entanto, optei por não realizá-lo, assumindo inteira responsabilidade desse ato.

Por fim, declaro que fui esclarecido, como tutor/responsável pelo animal, acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Congonhas, 20 de outubro, 2022

Silva

Assinatura do proprietário do animal conforme documento de identidade