

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

**ENCAMINHAMENTO PARA O ATO CIRÚRGICO E IMPLANTAÇÃO DE MICROCHIP**

Data de Emissão:	Data de Retirada:	Nº do Termo:
Relação de Clínicas Credenciadas ( ) Clínica 01 - Telefone XXXXXXXX - Bairro ( ) Clínica 02 - Telefone XXXXXXXX - Bairro ( ) Clínica 03 - Telefone XXXXXXXX - Bairro ( ) Clínica 04 - Telefone XXXXXXXX - Bairro ( ) Clínica 05 - Telefone XXXXXXXX - Bairro		DATA DA CIRURGIA / HORA AGENDADA  ____/____/____ ____:____

**IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL**

Nome do Animal:	Idade:
Espécie: ( ) Canina ( ) Felina	Sexo: ( ) Macho ( ) Fêmea
Porte: ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande	Cor:
Pelagem: ( ) Curta ( ) Média ( ) Longa	

**RESPONSÁVEL PELO TERMO**

Nome do Munícipe:	Nº CAD ÚNICO:
RG:	CPF:
Endereço:	Cidade/UF:
Bairro:	Telefone Residencial:
	Complemento:
	Celular:

**RESPONSÁVEL PELO ANIMAL**

Nome do Munícipe:	
RG:	CPF:
Endereço:	Cidade/UF:
Bairro:	Telefone Residencial:
	Complemento:
	Celular:

**Secretaria de Agricultura Meio Ambiente – SAMA**

Carimbo e Assinatura Liberação do Termo

**Declaração de Responsabilidade:**

Para fins de ordem legal, declaro estar ciente dos riscos inerentes ao transporte e/ou fuga do animal, nada podendo reivindicar em qualquer momento, dando assim plenos poderes aos médicos veterinários da Credenciada pela Secretaria de Agricultura Meio Ambiente SAMA. O animal entregue para a realização de ato cirúrgico é de minha responsabilidade e, comprometo-me com todos os cuidados do pós-operatório. Declaro ainda, estar ciente dos riscos provenientes de anestesia e cirurgia, assim como a probabilidade dos riscos serem maiores em casos de animais acima de 8 anos, animais no período de cio ou com qualquer outra disfunção orgânica, consoantes as disposições do Decreto nr 26.024/15.

**IMPORTANTE: Validade da ficha 60 dias a partir da data de emissão**

**O não comparecimento no dia agendado para o procedimento ou na validade da ficha implicará no CANCELAMENTO AUTOMÁTICO deste Termo.**

Responsável pelo animal: \_\_\_\_\_

Assinatura

**CRENCIADO**

Data do Atendimento Cirúrgico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Exame Clínico Prévio**

- ( ) Animal Apto para procedimento cirúrgico  
( ) Animal Inapto temporariamente ao procedimento cirúrgico – (Quantidade de dias:\_\_\_\_\_)  
( ) Animal Inapto permanentemente ao procedimento cirúrgico - relatório de inaptidão

<b>Clínica Credenciada</b>	<b>Nº CRMV</b>	<b>Número Microchip</b>
_____	_____	_____