

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
Cor:	
Porte: () Pequeno () Médio () Grande	Pelagem: () Curta () Média () Longa

RESPONSÁVEL PELO TERMO

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

RESPONSÁVEL PELO ANIMAL

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

Clínica Credenciada	Nº CRMV	Número Microchip
_____	_____	_____