

ANEXO I

ATESTADO SANITÁRIO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

ATESTADO SANITÁRIO

Atesto para os devidos fins que foi por mim examinado nesta data o animal abaixo identificado, o qual apresentou bom estado geral de saúde durante o exame clínico, e que se encontram atendidas as medidas sanitárias definidas pelo(s) Serviço(s) Médico-Veterinário(s) Oficial(is), quando aplicável:

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Outras observações:

.....
.....
.....
.....

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) Médico(a) Veterinário(a)

Nome e nº de inscrição no CRMV



ANEXO II

ATESTADO DE ÓBITO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

ATESTADO DE ÓBITO

Atesto para os devidos fins que o animal abaixo identificado veio a óbito na localidadeàs, horas do dia (__/__/__), sendo a provável **causa mortis**

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....

Outras informações complementares à provável **causa mortis** e informação de ter sido feita a notificação obrigatória quando for o caso:

.....

Orientações para destinação do corpo animal (aspectos sanitários e ambientais):

.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

 Assinatura do(a) Médico(a) Veterinário(a)
 Nome e nº de inscrição no CRMV

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES

Declaro o livre consentimento para a realização do(s) exame(s).....no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....:

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos possíveis riscos inerentes ao procedimento, durante ou após a realização do(s) citado(s) exame(s), estando o(a) referido(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO DE RISCO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO DE RISCO

Declaro o livre consentimento para a realização do(s) procedimento(s) terapêutico(s) de risco..... no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) procedimento(s) terapêutico(s), estando o referido o(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RETIRADA DE CORPO DE ANIMAL EM ÓBITO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RETIRADA DE CORPO DE ANIMAL EM ÓBITO

Declaro para os devidos fins, que, nesta ocasião, retiro o cadáver do animal abaixo identificado, que veio a óbito na localidade, às, horas do dia (___/___/___), cujo óbito, provocado pela provável **causa mortis** foi constatado pelo médico-veterinário que subscreve a presente, e que recebi esclarecimentos quanto à necessidade de dar tratamento respeitoso e destinação ambiental adequada ao cadáver, em respeito às normas ambientais.

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....

.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a)-Veterinário(a):

.....

.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....

.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, ___ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal
Nome completo, RG e CPF

Assinatura do(a) Médico(a) Veterinário(a) responsável pela constatação do óbito
Nome e nº de inscrição no CRMV

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Declaro o livre consentimento para a realização do procedimento cirúrgico deno animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento cirúrgico citado, estando o(a) referido(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO VII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO OU PÓS-CIRÚRGICO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO

Declaro o livre consentimento para a realização de internação e tratamento(s) necessário(s) no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a)
CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos possíveis riscos inerentes à situação clínica do animal, bem como do(s) tratamento(s) proposto(s), estando o(a) referido(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO VIII

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS**

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS**

Declaro o livre consentimento para a realização do(s) procedimento(s) anestésico(s) necessário(s) no animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca dos possíveis riscos, inerentes ao(s) procedimento(s) proposto(s), estando o(a) referido(a) profissional isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Tipo de procedimento Anestésico indicado:.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO IX

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE EUTANÁSIA

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE EUTANÁSIA

Declaro estar ciente dos motivos que levam à necessidade de realização da eutanásia, que reconheço que esta é a opção escolhida por mim para cessar definitivamente o sofrimento do animal e, portanto, declaro o livre consentimento para a realização da eutanásia do animal abaixo identificado, a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....
.....

Declaro, ainda, que fui devidamente esclarecido(a) do método que será utilizado, assim como de que este é um processo irreversível.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....
.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....
.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, ___ de _____ de ____.

Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO X

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA A RETIRADA DE ANIMAL DO SERVIÇO VETERINÁRIO SEM ALTA MÉDICA

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA RETIRADA DE ANIMAL DO SERVIÇO VETERINÁRIO SEM ALTA MÉDICA

Declaro que foi esclarecido ao ora subscritor que o animal abaixo identificado não obteve alta médica e que há recomendação para manter o animal em internação em estabelecimento médico veterinário apropriado.

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....

Declaro ainda que estou ciente de que há riscos de agravamento da doença, inclusive morte, e que assumo inteira responsabilidade por esse ato.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a) /responsável:

.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

 Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO XI

ATESTADO DE VACINAÇÃO

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

ATESTADO DE VACINAÇÃO

Atesto para os devidos fins, que o animal abaixo identificado foi vacinado por mim nesta data, conforme informações abaixo:

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....

Vacinação contra:

Nome comercial da vacina:

Número da partida:

Fabricante:

Data de fabricação:

Data de validade:

Outras observações:

.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __de _____ de ____.

 Assinatura do(a) Médico(a) Veterinário(a)
 Nome e nº de inscrição no CRMV

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)

ANEXO XII

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE DOAÇÃO DE CORPO DE ANIMAL
PARA FINS DE ENSINO E PESQUISA**

Identificação do Médico-Veterinário (nome, endereço completo, inscrição no CRMV, e-mail, telefone) e, se for o caso, Identificação do estabelecimento (nome, endereço completo, CNPJ, Inscrição Estadual e Registro no CRMV)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE DOAÇÃO DE CORPO DE ANIMAL
PARA FINS DE ENSINO E PESQUISA**

Declaro o livre consentimento sobre a doação do corpo do animal abaixo identificado.

Identificação do animal (nome, sexo, raça, idade real ou presumida, cor de pelagem ou plumagem, sinais particulares, tatuagem, brinco, **microchip**, registro genealógico e, conforme o caso, resenha detalhada):

.....

Declaro, ainda, ter sido esclarecido(a) acerca da destinação do corpo para fins de estudo e pesquisa.

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) Médico(a) Veterinário(a):

.....

Observações de interesse a serem fornecidas pelo(a) tutor(a)/proprietário(a)/responsável:

.....

Identificação do(a) responsável pelo animal:

Nome:

CPF:

Endereço completo:

Cidade, __ de _____ de ____.

 Assinatura do(a) responsável pelo animal

(documento a ser emitido em 2 vias: 1ª via: médico-veterinário; 2ª via: proprietário, tutor/responsável)