

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

SOLICITAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO TUTOR/RESPONSÁVEL:**

(Todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório)

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ - CPF: \_\_\_\_\_ - Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Recado: ( ) \_\_\_\_\_

Ponto de referência: \_\_\_\_\_

**ACESSO AOS BENEFÍCIOS SOCIAIS:**

Renda Mensal Familiar R\$ \_\_\_\_\_ Vale Gás:  Leite do Idoso:  Auxílio Brasil:

Viva Leite:  BPC:  Outros:  Quais: \_\_\_\_\_ NÃO POSSUI:

**IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:**

Nome do Animal: \_\_\_\_\_ Espécie:  Cão: ( ) Macho ( ) Fêmea

Idade: \_\_\_\_\_ Raça: \_\_\_\_\_  Gato:

Porte: ( ) mini ( ) pequeno ( ) médio ( ) grande

Cor: ( ) branco ( ) preto ( ) cinza ( ) amarelo ( ) marrom ( ) \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

Declaro para devidos fins que as informações acima prestadas são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas \_\_\_\_\_.

**CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO VETERINÁRIO:**

**Exame físico:**

Olhos( ) Pele( ) Nariz( ) Boca( ) Ânus( ) Ouvidos( )

Aspecto Geral ( \_\_\_\_\_ ) Tº: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

( ) Cirurgia realizada no dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Cirurgia não realizada

Eventuais problemas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COLE AQUI O ETIQUETA DO MICROCHIPS

\_\_\_\_\_  
Méd. Vet. (carimbo e assinatura)

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
como proprietário(a), responsável ou pessoa autorizada pelo mesmo, declaro que desejo esterilizar o animal cadastrado neste documento e dou plenos poderes a(o) médica(o) veterinária(o) para realizar o procedimento cirúrgico de esterilização, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Fui informado(a) dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de óbito um deles. ***Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade, presença de carrapatos, vermes e outros parasitas, idade avançada ou, ainda, falta de jejum, aumentam os riscos anestésicos. Reconheço os riscos de doenças pré-existentes ou incubadas.***

Declaro que administrei vermífugo da forma prescrita e, caso não tenha feito, estou ciente de que os riscos cirúrgicos podem ser aumentados. ***Responsabilizo-me de cumprir as orientações de cuidados pré e pós-operatórios do meu animal. Qualquer eventualidade, no máximo 10 (dez) dias após a cirurgia, deverá ser comunicada ao profissional que realizou a cirurgia e conforme as indicações, o animal deverá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança e agendado em horário comercial.*** Os proprietários que não entrarem em contato para agendamento antes de comparecerem com seus animais na clínica, não serão atendidos. Entendo que a clínica e os médicos veterinários ficarão isentos de qualquer responsabilidade se eventualmente meu animal for encaminhado a outro estabelecimento e/ou profissional veterinário.

Declaro estar ciente dos cuidados pré e pós operatórios: jejum prévio à cirurgia (8 horas); agendamento da cirurgia (dia e horário); cuidados pós-operatórios (analgésico, repouso, impedir o acesso à rua e manter o colar elizabetano); levar o animal à clínica nos dias e horários agendados para a retirada de pontos.

***Declaro estar ciente de assumir as responsabilidades de quaisquer problemas decorrentes de não seguir as orientações acima prescritas.***

Santa Cruz do Rio Pardo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proprietário ou Responsável

**PREENCHER SOMENTE APÓS A ESTERILIZAÇÃO DO ANIMAL**

*(Preenchimento obrigatório no ato da entrega do animal)*

Confirmando que meu animal foi esterilizado e encontra-se em perfeitas condições de consciência (retornado da anestesia), hígido (saudável), com a sutura (pontos) e curativo perfeitamente realizados. Recebi todas as orientações sobre os cuidados pós-operatório que cumprirei com responsabilidade, **principalmente não retirando a roupa cirúrgica ou o colar elizabetano ou deixando o animal lambendo os pontos.**

\*Confirmando ainda que me certifiquei quanto a implantação do microchip e recebi o **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM.**

Recebido por: \_\_\_\_\_

Data da Entrega: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_