



FICHA DE AUTORIZAÇÃO

ANO: 2023 N° _____

Dados do Proprietário

Nome Completo: _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

RG: _____ CPF: _____

n° Telefone: _____ / _____

Dados do Paciente

Nome: _____

Idade: _____ anos Raça: _____ () Sem Raça

Definida

Pelagem: _____

Sinais Particulares: _____

Peso: _____ Kg Sexo: Fêmea

Já apresentou problemas graves de saúde? () Sim () Não

Qual? _____

Observação: _____

Assinatura do Tutor



Autorização

Eu, abaixo assinado, na qualidade de responsável pelo supracitado, autorizo o Médico Veterinário Sr. Rafael Iarema, CRMV/PR nº 7561, ou qualquer outro profissional por ele (a) designado (a), a realizar os procedimentos abaixo especificados:

1. Procedimento cirúrgico de castração, ováriosalpingohisterectomia (OHS).
2. Procedimento anestésico.

Exames pré operatório: Sim () Não ()

() Renunciei aos exames pré-operatórios, por motivos financeiros e/ou outros, mesmo tendo recebido todas as informações sobre sua importância e custos.

() Assumo a responsabilidade por submeter a fêmea gestante (entre 58 e 63 dias de gestação) em procedimento de cesariana/castração, mesmo esta não apresentando sinais de ciaros de parto.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro que o animal identificado nessa ficha é de minha responsabilidade ou tutela, e autorizo a equipe de médicos veterinários a realizar o procedimento indicado e outros que se fizerem necessários. Estou ciente dos riscos anestésicos, cirúrgicos ou de problemas e saúde pré-existentes e/ou outros riscos que podem levar o animal ao óbito. O animal encontra-se em jejum prévio conforme orientações prestadas pelos profissionais.

Autorizo a realização de filmagens e fotos do paciente, do (s) procedimento (s), para propósito médico-científico, trabalhos acadêmicos, utilização pela Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente, e pelo Projeto Rio Patas de Rio Azul.

Autorizo o transporte do paciente até a cidade de Guarapuava/PR no Hospital Veterinário Realvet, onde será feito o procedimento cirúrgico, podendo ocorrer de o paciente ficar alguns dias em observação para acompanhamento pós-cirúrgico, se necessário.

Comprometo-me e responsabilizo-me a cumprir todas as orientações recebidas, quanto aos cuidados no pós-operatório, e em casos de problemas com o animal em casa, entrarei em contato imediatamente com o Médico Veterinário responsável, o qual irá avaliar as necessidades da situação.

Estou ciente também que depende do caso terá que anestésiar novamente, tendo que realizar outro procedimento, podendo gerar custos.

Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações por mim prestada, se necessário respondo por elas em juízo. Por ter lido, compreendido e concordado com todos os termos acima, assino a presente autorização.

Os Médicos Veterinários da prefeitura de Rio Azul não retirarão os pontos após a cirurgia. Fica a responsabilidade com cada tutor esse procedimento.

Rio Azul, ____ de _____ de 2023.

Assinatura do Tutor

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro para devidos fins, estou ciente que na data de ____/____/2023,
_____- feira, no horário de ____:____hs, deixarei o paciente disponibilizado,
para que sejam realizados os procedimentos cirúrgicos OSH (ováriosalpingohisterectomia).

Local:

() Em meu endereço: _____ nº _____

Bairro: _____

() Local combinado: _____

Telefone: _____

Telefones para contato: 42 3463-1215 Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente
42 9.9999-8831 Rafael Iarema (Médico Veterinário)

Rio Azul, ____ de _____ 2023.

Assinatura do Tutor

TERMO DE ENTREGA DA CADELA AO TUTOR

Eu, _____, Declaro que no dia ____/____/2023, no horário de ____:____ hs, recebi minha cadela após o procedimento cirúrgico OSH (ováriosalpingohisterectomia), estando o animal em boas condições de saúde e em pós-operatório e, continuarei o tratamento recomendado pelo Médico Veterinário até a retirada dos pontos. Caso aconteça alguma complicação pós-cirurgia, avisarei imediatamente.

Local:

() Em meu endereço: _____ nº _____

Bairro: _____

() Local combinado: _____

Rio Azul, ____ de _____ 2023.

Assinatura do Tutor

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro para devidos fins, estou ciente que na data de ____/____/2023, _____ - feira, no horário de ____:____hs, deixarei o paciente disponibilizado, para que sejam realizados os procedimentos cirúrgicos OSH (ováriosalpingohisterectomia).

Local:

() Em meu endereço: _____
nº _____ Bairro: _____

() Local combinado: _____

Informações:

- **Animal NÃO deve ficar em jejum (hídrico e alimentar);**
- Será formado um grupo no whatsapp para informações sobre o animal, o qual ficará internado no Hospital Veterinário RealVet localizado na cidade de Guarapuava. Caso tenha alguma dúvida particular poderá consultar o Médico Veterinário Rafael;
- Os Médicos Veterinários da prefeitura não retirarão os pontos após a cirurgia. Fica a responsabilidade com cada tutor esse procedimento.
- Esses procedimentos cirúrgicos são realizados através de recursos financeiros do próprio município.

Telefones para contato:

(42) 3463 -1215 - Secretaria Municipal de Agricultura e Meio Ambiente

(42) 99999- 8831 - Rafael Iarema (Médico Veterinário)

Lei nº14.064/2020: MALTRATAR ANIMAIS É CRIME.

Art32º. Praticar ato de abuso, maus-tratos, ferir ou mutilar animais silvestres, domésticos ou domesticados, nativos ou exóticos: Pena: 2-5 anos de reclusão, multa e proibição da guarda quando em cães ou gatos. A pena é aumentada em até um terço se ocorre morte do animal.

Apoio do Grupo "RIO PATAS"

