

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

SOLICITAÇÃO Nº _____

Data da Solicitação: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO: Proprietário do animal

Cuidador/Protetor

Nome: _____

Nº: _____

Nome: _____

Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____

CPF: _____ - Data Nasc.: ____/____/____

Fone: (____) _____ Fone: (____) _____

*Ponto de referência: _____

ACESSO AOS BENEFÍCIOS SOCIAIS: (preenchimento obrigatório)

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

Viva Leite: BPC: Outros: Quais: _____ NÃO POSSUI:

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

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:

Nome do Animal: _____ Espécie: Cão: () Macho () Fêmea

Idade: _____ Raça: _____ Gato:

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

Cor: () branco () preto () cinza () amarelo () marrom () _____

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: _____

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 prescritas.

Santa Cruz do Rio Pardo, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do Proprietário ou Responsável

PREENCHER SOMENTE APÓS A ESTERILIZAÇÃO DO ANIMAL

Confirmo 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 deixando o animal lamber os pontos. Confirmo ainda que recebi o **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM**.

Nome Completo: _____

Data da Entrega: _____ / _____ / _____