**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO DE CASTRAÇÃO, ANESTESIA E MICROCHIPAGEM**

PROPRIETÁRIO/ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº­­­­­­\_\_\_\_ CIDADE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
CONTATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:**

NOME:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDADE (real ou aproximada):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ESPÉCIE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RAÇA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PELAGEM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESO:\_\_\_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésico(s), de castração e microchipagem no animal identificado a ser realizado.
* Autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para realizar os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência, **inclusive risco de óbito.**
* Confirmo que após a saída do animal da Unidade Móvel, na qualidade de proprietário/responsável, tomarei todos os cuidados necessários, observando o paciente e imediatamente comunicando ao médico veterinário quaisquer complicações ou acidentes que venham a ocorrer.
* **Declaro estar ciente que é minha responsabilidade realizar os exames pré-operatórios e que a não realização desses exames podem interferir no sucesso do procedimento.**
* Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em um procedimento anestésico-cirúrgico pode ocorrer complicações gerais, **INCLUSIVE O ÓBITO.**
* Confirmo que li e compreendi este Termo de Consentimento para a realização do procedimento cirúrgico.
* Concordo com a veiculação da imagem dos animais para campanha de educação ambiental.

**Declaro que li e concordo com os termos acima citados.**

­­­\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo animal.

**DECLARAÇÃO DE ADOÇÃO ANIMAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente do município de Urussanga, declaro para os devidos fins que adotei, de forma voluntária e sem qualquer tipo de compra ou transação comercial, o(a) animal abaixo identificado:

**Dados do animal:**

Espécie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro, ainda, estar ciente das responsabilidades inerentes à guarda e bem-estar da adoção animal, comprometendo-me a fornecer-lhe abrigo adequado, alimentação, cuidados veterinários e atenção necessária para sua saúde e segurança. Estou ciente de que é proibido abandonar, conforme previsto na legislação vigente, e que, caso não possa mais mantê-lo sob minha guarda, comprometo-me a buscar alternativas responsáveis, como a doação para terceiros.

Urussanga, \_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Adotante