



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

## Unidade de Vigilância de Zoonoses



### TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA – MÉDICO VETERINÁRIO

Eu \_\_\_\_\_, Médico Veterinário inscrito sob o CRMV/SP nº \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_ situado à Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que sou o responsável técnico pelo tratamento do cão de nome \_\_\_\_\_, Macho( ) Fêmea ( ), raça \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, pelagem \_\_\_\_\_, Microchip nº \_\_\_\_\_, RA \_\_\_\_\_, portador de Leishmaniose Visceral Canina–LVC. O animal é de propriedade de \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_ situado à Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_.

#### Segundo o que determina a Lei Municipal nº 9.250/2016:

I – Afirmo que seguirei estritamente o protocolo terapêutico por mim estabelecido, conforme consta em anexo, incluindo a prescrição e o acompanhamento do uso devido de coleira impregnada com repelente e/ou outro produto veterinário indicado para tal.

II – Tenho ciência que devo comunicar a Unidade de Vigilância de Zoonoses eventuais mudanças no protocolo terapêutico e de monitoramento do animal.

III – Declaro que tenho conhecimento de todos os trâmites que devem ser seguidos, incluindo a imediata comunicação a Unidade de Vigilância de Zoonoses nos casos em que o proprietário abandonar o tratamento, descumprir o protocolo terapêutico e de monitoramento ou optar por continuar o tratamento sob a responsabilidade de outro Médico Veterinário.

IV – Declaro, ainda, ter conhecimento que poderei responder administrativamente e/ou judicialmente por infringência a referida Lei Municipal.

Presidente Prudente, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Médico Veterinário