



# 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