



# PREFEITURA MUNICIPAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

## Unidade de Vigilância de Zoonoses



### **TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRATAMENTO DE LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA - PROPRIETÁRIO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_,  
residente à \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,  
proprietário do cão de nome \_\_\_\_\_, Microchip nº \_\_\_\_\_,  
RA \_\_\_\_\_, Macho ( ) Fêmea ( ), raça \_\_\_\_\_, pelagem \_\_\_\_\_,  
declaro para todos os fins de fato e de direito que fui informado (a) de todos os detalhes e riscos da  
Leishmaniose Visceral Canina, sendo as informações transmitidas de forma clara e adequada.

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

I - Comprometo-me a realizar o tratamento do animal segundo supervisão estrita de Médico Veterinário, cadastrado na Unidade de Vigilância de Zoonoses de Presidente Prudente.

II – Comprometo-me a manter o animal com coleira impregnada com repelente, respeitando as condições uso do produto, indicada pelo fabricante e/ou médico veterinário responsável pelo tratamento do animal.

III – Assumo toda e qualquer consequência de meus atos no caso de abandono do tratamento e/ou descumprimento das recomendações do Médico Veterinário, incluindo a não utilização da coleira impregnada com repelente.

IV – Afirmo que estou ciente que devo comunicar a Unidade de Vigilância de Zoonoses os casos de óbito do animal, mudança de endereço e/ou proprietário do animal.

V – Declaro, ainda, ter conhecimento de que poderei responder administrativamente e/ou judicialmente por infringência às condições determinadas pelo Médico Veterinário, responsável pelo protocolo técnico terapêutico.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do proprietário.