



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

RESOLUÇÃO Nº 1071, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a normatização de documentos emitidos pelos serviços veterinários de clínica e cirurgia destinados aos animais de companhia, com relação a declarações, atestados, autorizações e/ou solicitações dos responsáveis pelos animais submetidos a procedimentos.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA (CFMV), no uso das atribuições lhe conferidas pelo artigo 16, alínea 'f', da Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968;

considerando a competência do CFMV em regulamentar, disciplinar e fiscalizar o exercício dos serviços veterinários;

considerando a necessidade de padronização de documentos relacionados a procedimentos clínicos e cirúrgicos em serviços veterinários;

considerando que vacinação, fornecimento de carteira de vacinação, emissão de atestado sanitário, constatação e emissão de declaração de óbito são atividades exclusivas do médico veterinário;

considerando a crescente preocupação do CFMV e da sociedade em relação à transparência nos procedimentos no âmbito dos serviços veterinários de clínica e cirurgia destinados aos animais de companhia, em consonância com os direitos e deveres do médico veterinário e dos responsáveis pelos animais;

RESOLVE:

Art. 1º Estabelecer critérios de elaboração, padronização, fornecimento e guarda de documentos no âmbito dos serviços veterinários de clínica e cirurgia destinados aos animais de companhia.

Art. 2º Os serviços veterinários aqui considerados, prestados por pessoa física ou jurídica, devem atender as legislações pertinentes e estar devidamente registrados no CRMV da sua unidade federativa.





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Parágrafo único. Os serviços veterinários referidos neste artigo devem obedecer ao previsto na Resolução nº 1.015, de 9 de novembro de 2012 (DOU nº 165, de 28/8/2014, S.1, pg.128 e 129) e outras que a alterem ou substituam.

Art. 3º São considerados responsáveis pelos animais encaminhados para os serviços veterinários aqueles que assim se identificarem e que sejam portadores de documento oficial de identificação pessoal, com fotografia e validade em todo o território nacional.

Art. 4º Os documentos de autorização ou consentimento a serem emitidos para procedimentos clínicos e/ou cirúrgicos em serviços veterinários são:

I - autorização para exames ou procedimentos terapêuticos que sabidamente possam oferecer riscos iminentes de reação adversa ou morte;

II - autorização para internação e tratamento clínico ou cirúrgico de pacientes;

III - autorização para procedimentos cirúrgicos de qualquer natureza;

IV - autorização para procedimentos anestésicos;

V - consentimento para procedimento de eutanásia.

Parágrafo único. O profissional poderá emitir outros documentos que julgar necessários.

Art. 5º Para a retirada de animais dos serviços veterinários sem a devida alta médica, o responsável pelo animal deverá preencher e assinar documento específico, assumindo os riscos decorrentes da interrupção da terapêutica proposta.

Parágrafo único. O profissional deve elaborar documento sobre as recomendações de tratamento para o caso em questão e informar as possíveis implicações inerentes à interrupção do tratamento no serviço veterinário.

Art. 6º A solicitação expressa de cópia de prontuário clínico, realizada pelo responsável pelo animal ou por representante legal, deve ser atendida de imediato e devidamente registrada no serviço veterinário.

§1º As informações contidas no histórico do prontuário devem expressar todos os procedimentos realizados no paciente.





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

§2º Os serviços veterinários devem manter, sob sua guarda, os prontuários dos pacientes por um período mínimo de 5 (cinco) anos.

Art. 7º Quando constatado o óbito, o responsável pelo serviço veterinário deve:

I - nos casos de animais internados, informar diretamente ao responsável pelo animal sobre o fato, esclarecendo as condições em que ocorreu o óbito;

II - orientar o responsável sobre a legislação em vigor com relação à destinação do cadáver.

Art. 8º Os atestados sanitários e as carteiras de vacinação devem observar as regras da Resolução CFMV nº 844, de 2006, e outras que a alterem ou substituam.

Art. 9º Integram esta Resolução os Anexos I a VII.

Parágrafo único. Os Anexos desta Resolução são Modelos, podendo o profissional adequá-los ou estabelecer documentos, observado o conteúdo mínimo ora proposto.

Art. 10. Esta Resolução entra em vigor 30 (trinta) dias após sua publicação no DOU, revogadas as disposições em contrário.

Méd. Vet. Benedito Fortes de Arruda
Presidente
CRMV-GO nº 0272

Méd. Vet. Antônio Felipe P. de F. Wouk
Secretário-Geral
CRMV-PR nº 0850





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo I

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – N° Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXAMES

Autorizo a realização do(s) exame(s).....no animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo
Telefone/email

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do(s) citado(s) exame(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Cidade, _____, __de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo II

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – Nº Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO TERAPÊUTICO

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) terapêutico(s)
no animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade
(real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que
possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser
realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo
Telefone/email

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou
após a realização do(s) procedimento(s) terapêutico(s), estando o referido profissional
isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Cidade, _____, __de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo III

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – Nº Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgicono animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo
Telefone/email

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento cirúrgico citado, estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Cidade, _____, __de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo IV

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – N° Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO
PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO

Autorizo a realização de internação e tratamento(s) necessário(s)no animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo
Telefone/email

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes à situação clínica do animal, bem como do(s) tratamento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Observações Gerais (a serem fornecidas pelo proprietário/responsável):
.....
.....

Cidade, _____, ___ de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo V

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – N° Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Autorizo a realização do(s) procedimento(s) anestésico(s) necessário(s)no animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo
Telefone/email

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos, inerentes ao(s) procedimento(s) proposto(s), estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Cidade, _____, ___de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo VI

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – N° Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EUTANÁSIA

Declaro estar ciente dos motivos que levam à necessidade de realização da eutanásia, reconheço que esta é a opção escolhida por mim para cessar definitivamente o sofrimento e, portanto, autorizo a realização da eutanásia do animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. microchip)..... a ser realizado pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) CRMV-.....

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo
Telefone/email

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) do método que será utilizado, assim como de que este é um processo irreversível.

Cidade, _____, __de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal





Serviço Público Federal
Conselho Federal de Medicina Veterinária

Anexo VII

Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ – Inscrição estadual – Nº Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV – RG - CPF

**TERMO DE RETIRADA DE ANIMAL DO SERVIÇO VETERINÁRIO SEM
ALTA MÉDICA**

Solicito retirar o animal de nome....., espécie....., raça, sexo, idade (real ou aproximada)....., pelagem, outras informações que possibilitem a identificação do animal (ex. Microchip)..... do serviço veterinário acima citado.

Declaro estar ciente de que o mesmo não obteve alta médica, fui devidamente informado(a) de que há riscos iminentes, os quais me foram esclarecidos, e assumo inteiramente a responsabilidade por esse ato.

Identificação do responsável pelo animal:

Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo,
Telefone/email

Cidade, _____, ___de _____ de ____.

Assinatura do responsável pelo animal

