

# 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.

*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.

§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

## Anexo I

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 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

## Anexo II

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 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

## 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 cirúrgico.....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 procedimento cirúrgico citado, estando o referido profissional isento de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Cidade, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do responsável pelo animal

## 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

## 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

## Anexo VI

Nome do Estabelecimento  
Endereço completo  
CNPJ – Inscrição estadual – Nº 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 a 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

## 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



ANEXO III

UNIÃO - PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 22ª REGIÃO  
RELATORIO DE GESTÃO FISCAL  
DEMONSTRATIVO DOS RESTOS A PAGAR  
ORÇAMENTOS FISCAL E DA SEGURIDADE SOCIAL  
JANEIRO A DEZEMBRO DE 2014  
RS MI

RGF - ANEXO VI (LRF) - RES. PRECISO III, alínea III - DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS	RESTOS A PAGAR				DISPONIBILIDADE DE CANCELAMENTO DE EMPENHOS NÃO LIQUIDADOS ANTES DO ENCERRAMENTO DA PAGAR NA PRECISO DO EXERCÍCIO	DE EMPENHOS NÃO LIQUIDADOS ANTES DO ENCERRAMENTO DA PAGAR NA PRECISO DO EXERCÍCIO
	Liquidades e Não Pisos		Empenhadas e Não Liquidadas			
	De exercícios anteriores	Do exercício	De exercícios Anteriores	Do Exercício		
09 - Contribuição Patronal do Plano de Seguridade Social Servidores	0,00	0,00	0,00	0,00	3.758,81	0,00
56 - Contribuição Plano de Seguridade Social Servidores - TOTAL DOS RECURSOS FINANCEIROS (I)	0,00	0,00	0,00	0,00	3.758,81	0,00
00 - Recursos Ordinários	328.769,14	448.973,66	26.242.493,96	5.638.642,76	23.977,28	0,00
01 - Recursos Especiais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
81 - Recursos de Convênios	6.578,63	846,14	467.971,75	467.971,75	892.262,38	0,00
50 - Recursos não-financeiros diretamente arrecadados	0,00	0,00	0,00	0,00	90.522,97	0,00
TOTAL DOS RECURSOS NÃO VINCULADOS (II)	332.344,82	307.706,41	26.710.464,71	6.106.614,51	1.006.062,80	0,00
TOTAL (III) = (I + II)	332.344,82	307.706,41	26.710.464,71	6.106.614,51	1.009.821,61	0,00

REGIME PROPRIO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES  
FONTE: SIAFI GEREENCIAL, Unidade Responsável: SGF/CC/FIN.  
Nota: (\*) A disponibilidade de caixa do RPPS está comprometida com o Passivo Atuarial

EDINA MARIA GOMES DOS SANTOS  
Presidente do Tribunal  
Raimundo Saraiva de Moraes Filho  
Diretor-Geral de Administração  
Em exercício  
Werneck Alves da Costa  
Coordenador de Controle Interno  
Ricardo Rafael Freitas Rêgo  
Coordenador de Orçamento e Finanças  
Em exercício

(\*) Republicado por ter saído no DOU nº 21, de 30-01-2015, Seção 1, pág. 254/255, com incorreção no original.

Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL

ACÓRDÃO Nº 15/2015

Processo: 021/2014. Recorrente: Roberta Theodoro de Medeiros. Recorrido: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região. Considerando a sessão de julgamento ocorrida no dia 18 de dezembro de 2014, na 249ª Reunião Plenária, e exercendo a competência legal atribuída pelo art. 5º, VIII, da Lei Federal nº 6.316/1975, ACORDAM os Conselheiros Federais, nos termos do voto do Relator, à unanimidade, pela manutenção do Acórdão Regional, para suspender o exercício profissional da recorrente Roberta Theodoro de Medeiros.

Brasília, 22 de janeiro de 2015.  
CASSIO FERNANDO O. DA SILVA  
Conselheiro-Relator

ACÓRDÃO Nº 16/2015

Processo: 024/2014. Recorrente: Janaina de Souza Francisco. Recorrido: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região. Considerando a sessão de julgamento ocorrida no dia 18 de dezembro de 2014, na 249ª Reunião Plenária, e exercendo a competência legal atribuída pelo art. 5º, VIII, da Lei Federal nº 6.316/1975, ACORDAM os Conselheiros Federais, nos termos do voto do Relator, à unanimidade, pela manutenção do Acórdão Regional, para suspender o exercício profissional da recorrente Janaina de Souza Francisco.

Brasília, 22 de janeiro de 2015.  
CASSIO FERNANDO O. DA SILVA  
Conselheiro-Relator

ACÓRDÃO Nº 17/2015

Processo: 025/2014. Recorrente: Renata Garcia Sanchez. Recorrido: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região. Considerando a sessão de julgamento ocorrida no dia 18 de dezembro de 2014, na 249ª Reunião Plenária, e exercendo a competência legal atribuída pelo art. 5º, VIII, da Lei Federal nº 6.316/1975, ACORDAM os Conselheiros Federais, nos termos do voto do Relator, à unanimidade, pela manutenção do Acórdão Regional, para suspender o exercício profissional da recorrente Renata Garcia Sanchez.

Brasília, 22 de janeiro de 2015.  
CASSIO FERNANDO O. DA SILVA  
Conselheiro-Relator

ACÓRDÃO Nº 18/2015

Processo: 027/2014. Recorrente: Ana Cristina Ramos Gonçalves Silva. Recorrido: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região. Considerando a sessão de julgamento ocorrida no dia 18 de dezembro de 2014, na 249ª Reunião Plenária, e exercendo a competência legal atribuída pelo art. 5º, VIII, da Lei Federal nº 6.316/1975, ACORDAM os Conselheiros Federais, nos termos do voto do Relator, à unanimidade, pela manutenção do Acórdão Regional, para suspender o exercício profissional da recorrente Ana Cristina Ramos Gonçalves Silva.

Brasília, 22 de janeiro de 2015.  
PATRICIA ROSSAFA BRANCO  
Conselheiro-Relator

ACÓRDÃO Nº 19/2015

Processo: 046/2014. Recorrente: Andrea Martin Gardin. Recorrido: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região. Considerando a sessão de julgamento ocorrida no dia 18 de dezembro de 2014, na 249ª Reunião Plenária, e exercendo a competência legal atribuída pelo art. 5º, VIII, da Lei Federal nº 6.316/1975, ACORDAM os Conselheiros Federais, nos termos do voto do Relator, à unanimidade, pela manutenção do Acórdão Regional, para suspender o exercício profissional da recorrente Andrea Martin Gardin.

Brasília, 22 de janeiro de 2015.  
CASSIO FERNANDO O. DA SILVA  
Conselheiro-Relator

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA

RESOLUÇÃO Nº 1071, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2014

Dispõe sobre a normatização de documentos enviados 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 pessoas físicas ou jurídicas, devem atender as legislações pertinentes e estar devidamente registrados no CRMV da sua unidade federativa. 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 substituíam.
- Art. 3º São considerados responsáveis pelos animais encaminhados para os serviços veterinários aqueles que assumem 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 aos possíveis implicados 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.

§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 cartelas 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 Modulos, 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.

BENEDITO FORTES DE ARRUDA
Presidente do Conselho
ANTÔNIO FELIPE P. DE F. WOUK
Secretário-Geral

ANEXO I

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 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.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal
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.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal

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 cirúrgico..... 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.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal
Anexo IV
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 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.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal
Anexo V
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 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.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VI
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Inscrição estadual - Nº 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.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal
Anexo VII
Nome do Estabelecimento
Endereço completo
CNPJ - Inscrição estadual - Nº Registro no CRMV
ou
Nome do Médico Veterinário
Endereço completo
CRMV - RG - CPF

Declaro que fui devidamente esclarecido(a) do método que será utilizado, assim como, e assumo integralmente a responsabilidade por esse ato.

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

Identificação do responsável pelo animal:
Nome.....
RG..... CPF.....
Endereço completo.....
Telefone/email.....
Cidade..... de.....
Assinatura do responsável pelo animal

RESOLUÇÃO Nº 1.077, DE 23 DE JANEIRO DE 2015

Prorroga os prazos para pagamento da anuidade referente ao exercício de 2015 pelas pessoas físicas e jurídicas inscritas e registradas no CRMV-MS.

O PRESIDENTE EM EXERCÍCIO DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA VETERINÁRIA - CFMV -, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 16, alínea "T", da Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968, combinado com os artigos 3º, II, 7º, XIII, e 8º I, da Resolução nº 856, de 30 de março de 2007, considerando as inconsistências operacionais notificadas no PA CFMV nº 0538/2015,

considerando a solicitação feita pelo CRMV-MS para ser prorrogado o prazo de pagamento da anuidade, exercício 2015, resolve:

Art. 1º Os profissionais e as pessoas jurídicas inscritos no CRMV-MS terão prorrogados os prazos para pagamento da anuidade do exercício de 2015.

§1º O pagamento da anuidade de pessoa física e jurídica poderá ser efetuado até o dia 21/2/2015 com desconto de 10% (dez por cento).

§2º O pagamento da anuidade poderá ser efetuado em 05 (cinco) parcelas mensais, iguais e sucessivas, vencendo a primeira em 21 de fevereiro, a segunda em 28 de fevereiro, a terceira em 31 de março, a quarta em 30 de abril e a quinta em 31 de maio de 2015.

Art. 2º Todos os demais termos das Resoluções que disciplinam o pagamento de anuidade no âmbito do Sistema CFMV/CRMVs ficam mantidos.

Art. 3º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação no DOU.

EDUARDO LUIZ SILVA COSTA

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 4ª REGIÃO

PORTARIA Nº 937, DE 26 DE JANEIRO DE 2015

Dispõe sobre o Regimento Interno da Comissão Especial de Estudos de Cobrança, Dívida Ativa e Execução Fiscal do CREF4/SP

O Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 4ª Região - CREF4/SP, no uso de suas atribuições estatutárias,

CONSIDERANDO o deliberado na 176ª Reunião Plenária Ordinária do CREF4/SP, realizada em 24 de janeiro de 2015,

CONSIDERANDO o disposto no Estatuto do CREF4/SP, resolve:

Este documento pode ser verificado no endereço eletrônico http://www.in.gov.br/anunciacidadaidm, pelo código 0001201200200155

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.209-2 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

