



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

ANEXO I- TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, CPF
_____, residente no endereço
_____, declaro
estar ciente sobre o diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral do cão de minha
propriedade abaixo especificado, conforme exames laboratoriais recebidos nesta
data.

Afirmo estar ciente também sobre as orientações acerca do destino do animal
e dentro do prazo máximo de 7 (sete) dias informarei a Secretaria Municipal de Saúde
(SMS) sobre minha decisão. Caso opte pelo tratamento, estou ciente de que em 15
(quinze) dias da assinatura deste, devo levar a SMS atestado do Médico Veterinário
responsável pelo tratamento. Durante este período manterei permanentemente o
animal com coleira impregnada com Deltametrina 4% ou outra com eficácia
comprovada como repelente para flebótomos, em caso de não adaptação à coleira.

Igualmente, declaro as especificações do referido animal, dato e assino o
presente Termo de Responsabilidade conforme documento de identificação.

Nome: _____

Raça: _____

Sexo: _____

Pelagem: _____

Idade: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

(Assinatura do proprietário do animal)

TESTEMUNHAS:

1 _____

2 _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.303.164/0001-53

ANEXO II- TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA A RECUSA DA EUTANÁSIA

Eu, _____, CPF nº _____ residente no endereço _____, declaro que RECUSO entregar o cão de minha propriedade/responsabilidade para realização da eutanásia.

Estou ciente de que o animal apresentou diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral Canina (LVC) conforme exames laboratoriais já recebidos na data: / / .

1. O cão sororreagente deverá permanecer com uso ininterrupto de produto comprovadamente repelente para flebotomíneo, respeitando as reaplicações periódicas conforme orientações do fabricante;

2. Castrar o animal sororreagente. Enquanto a condição de saúde do animal impedir a cirurgia, o cão não poderá acasalar para evitar transmissão sexual e vertical da doença;

3. Permitir a microchipagem do cão pela autoridade sanitária municipal;

4. Manter o cão dentro do terreno, impedindo o livre trânsito do animal na via pública (o trânsito somente será permitido durante passeios no qual o animal permanecerá preso à guia); caso o cão seja identificado solto em vias públicas por 03 (três) vezes consecutivas, o mesmo será recolhido e encaminhado para a eutanásia pela autoridade sanitária municipal;

5. Comunicar a autoridade sanitária em caso de óbito (através de foto ou solicitar vistoria para confirmação "in loco") e/ou desaparecimento (boletim de ocorrência) do animal sororreagente sob sua responsabilidade;

6. Manter o quintal limpo e livre de matéria orgânica (restos de folha, frutas, fezes de animais). Caso queira fazer compostagem, esta deverá ser somente em caixas fechadas;

7. Não fazer criação de aves de produção ou se existir, que a mesma fique afastada do domicílio por no mínimo 200m;



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

8. Receber semestralmente visitas realizadas pelo órgão de controle de zoonoses do Município, quando deverão ser inspecionadas as condições de saúde do cão e as condições de prevenção da proliferação da Leishmaniose Visceral Canina.

Estou ciente das consequências que esta decisão implica em termos de saúde pública e assumo os riscos das sanções legais que sobre mim possam ser impostas caso haja descumprimento (vide crimes contra saúde pública, Código Penal).

Igualmente, declaro as especificações do animal de minha propriedade, dato e assino o presente termo de acordo com meu documento de identificação.

Nome do animal:

Raça:

Sexo:

Município:

, de

de

(Assinatura do proprietário do animal)

TESTEMUNHAS:

1.

2.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ Nº. 18.303.164/0001-53

ANEXO III- TERMO DE COMPROMISSO PARA TRATAMENTO DE CÃO COM LEISHMANIOSE VISCERAL

Eu, _____, CPF _____, residente no endereço _____, declaro estar ciente sobre o diagnóstico positivo para Leishmaniose Visceral (LVC) do cão de minha propriedade/responsabilidade.

Afirmo estar ciente sobre as medidas de saúde pública dispostas na Portaria Interministerial nº 1.426 de 11 de julho de 2008 **que proíbe o tratamento da LVC com produtos de uso humano ou não registrados no Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA). O único medicamento aprovado para o tratamento da LVC no Brasil é a miltefosina (Milteforan®)**, devendo ser seguidas rigorosamente as recomendações da bula para garantia da eficácia do tratamento.

Estou ciente que o animal deverá passar por avaliação veterinária periódica para **comprovação da redução da carga parasitária** e, conseqüentemente, da transmissibilidade da doença e que em **45 (quarenta e cinco) dias, devo apresentar atestado assinado pelo médico veterinário responsável pelo tratamento confirmando que este foi realizado com Milteforan®**, acompanhado do número existente na etiqueta do produto que possibilita a rastreabilidade do medicamento.

Para servir como base comparativa, **deverei antes de iniciar o tratamento, apresentar laudo de exame do cão pela metodologia qPCR.**

Após o término do tratamento deverei apresentar os seguintes exames: **hemograma, uréia, creatinina, proteína total e frações; e a cada 6 (seis) meses qPCR e imunoistoquímica de borda de orelha para comprovação da eficácia do tratamento, sendo acompanhados de atestado médico veterinário assegurando ausência de sinais clínicos.**

Caso necessário, um novo ciclo de administração do medicamento deverá ser iniciado. Além disso, me comprometo a manter meu cão com o **uso ininterrupto de coleira repelente impregnada com Deltametrina 4% (atentando-se ao prazo de**



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

validade da mesma, disposto na bula do produto) e utilizar frequentemente produtos repelentes de flebótomos do tipo "pour on".

Todos os custos do tratamento serão de responsabilidade do proprietário do animal. **As notas fiscais relativas à compra da coleira repelente impregnada com Deltametrina 4% deverão ser apresentadas juntamente com os exames a cada 6 (seis) meses.**

Assinatura do proprietário do cão:

Assinatura de testemunha 1:

Assinatura de testemunha 2:



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO DE EUTANÁSIA

Eu, _____, CPF
nº _____, RG: _____, residente no
endereço _____
e tutor do animal de nome: _____, espécie:
_____, raça: _____, autorizo a realização de
eutanásia do meu animal, por ser portador de doença infecciosa, zoonoses e/ou
nocivo à saúde e segurança de seres humanos, de outros animais e ao ambiente,
estar em fase de doença terminal ou apresentar quadro irreversível de saúde.

Número de protocolo: _____

Assinatura do tutor: _____

Assinatura do Representante do Serviço de Controle Animal:

Alvorada de Minas, _____ de _____ de 20____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

ANEXO V- ATESTADO DE ÓBITO ANIMAL

Nome do Médico Veterinário: _____

Nome do Estabelecimento: _____

Endereço do Estabelecimento: _____

CRMV: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL

Atesto para os devidos fins, que o animal de nome _____, espécie _____, raça _____, pelagem _____, sexo () M () F, foi a óbito, por meio de eutanásia, às _____ horas do dia ____/____/____ no Município de _____.

INFORMAÇÕES A RESPEITO DA CAUSA MORTIS

Animal soro reagente ou parasitológico positivo para **Leishmaniose Visceral**. Eutanásia realizada conforme recomendação do Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/ Ministério da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

Nome _____

CPF _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALVORADA DE MINAS

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ N°. 18.303.164/0001-53

Endereço _____

Assinatura do Médico Veterinário responsável

CRMV

_____, _____, de _____, de
