



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
INTERNAÇÃO, EXAMES E/OU PROCEDIMENTOS CLÍNICOS,  
AMBULATORIAIS, ANESTÉSICOS, TERAPÊUTICOS  
E/OU CIRÚRGICOS**

Eu, Isabela Alves de Carvalho, portador(a) do CPF  
093 430 926 16, com Cédula de Identidade RG/RNE 19006 185, residente e domiciliado(a)  
na Rua Bom Jesus da Penha, detentor(a) do tele-  
fone nº (31) 992 42 2599 e do e-mail isabelaalvesdecarvalho@gmail.com na condição de tutor(a)  
e responsável pelo animal de nome Maxlon, espécie passarilha/gatinho raça cachorro, sexo  
macho, idade (real ou aproximada) 8 meses, pelagem caravela, cuja realiza-  
ção será feita pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) \_\_\_\_\_,  
CRMV \_\_\_\_\_, no hospital gerido pela Uni-A Educação Ltda.

Declaro ter sido cientificado(a) pelo(a) Médico(a) Veterinário(a) responsável sobre o quadro clínico do meu  
Animal e que há necessidade de realização do(s) seguinte(s) exames, procedimento(s) e/ou internação:

gastrotomia, procedimento anestésico, análise urológica

Declaro, ainda, ter sido esclarecido sobre o(s) exame(s) e/ou procedimento(s) clínico(s), ambulatorial(is), anes-  
tésico(s), terapêutico(s) e/ou cirúrgico(s) indicado(s), os possíveis riscos inerentes à situação clínica do animal,  
bem como do(s) tratamento(s) proposto(s), estando o(a) referido(a) Médico(a) Veterinário(a) e a Uni-A Edu-  
cação Ltda. isento(a) de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos, estando ciente de todas as  
informações. Em caso de emergência, autorizo e dou autonomia ao Médico(a) Veterinário(a) para adotar todos  
os procedimentos destinados a restabelecer o quadro clínico do animal.

Assumo a responsabilidade total pelos procedimentos pós-cirúrgicos, tais como: curativos, uso de colar elisa-  
betano e/ou roupas cirúrgicas, comprometendo-me a comunicar os profissionais da equipe caso haja qualquer  
complicação e/ou alteração no quadro do Animal. Por fim, após o paciente ter recebido alta médica com a  
consecutiva comunicação do fato, fico ciente de que transcorrido 1 (um) dia e não havendo a retirada do Animal  
do estabelecimento dentro do aludido prazo, será considerado abandono, sendo o Animal encaminhado para  
adoção, sem o prejuízo das penas legais cabíveis. Com relação aos procedimentos pós-cirúrgicos, reconheço  
não haver o que se possa reclamar em qualquer esfera administrativa e/ou jurídica contra o Médico(a) Veteri-  
nário(a) e/ou a Uni-A Educação Ltda. Atesto, ainda, estar ciente de que a Uni-A Educação não se responsabi-  
liza por itens pessoais ou do animal deixados na internação, e que fui orientado a não deixar tais itens junto ao  
animal no ambiente hospitalar.

Autorizo o tratamento e processamento dos dados pessoais do acima identificado, para as finalidades estabe-  
lecidas neste termo, e na forma prevista na legislação.

Observações: \_\_\_\_\_

Ordem de não reanimação: ( ) Sim (X) Não

(Marcar "sim" significa que o tutor não deseja que o paciente seja reanimado. Marcar "não" autoriza a reanimação.)

As informações contidas neste documento foram explicadas detalhadamente e em linguagem acessível e de  
fácil compreensão. Sendo assim, assino abaixo.

Belo Horizonte, 31/01/2023.

Isabela Alves de Carvalho

Assinatura do(a) tutor(a) e/ou responsável

**Testemunhas**

Nome:

CPF:

Assinatura:

Nome:

CPF:

Assinatura:

**Ficha:**

Paciente: <u>Marcom</u>	Espécie: <u>Canim</u>	Raça: <u>SRD</u>	Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>8 Anos</u>	Peso: <u>6,5g</u>			
Proprietário:	ASA: <u>III</u>		Obs.:					
FC:	FR:	Tº:	Mucosas: <u>N</u>	TPC: <u>2"</u>	Hidratação: <u>N</u>			
Ht%: <u>47</u>	PTP: <u>233000</u>	Ureia: <u>53</u>	Creat.: <u>1,2</u>	Albumina: <u>3,2</u>	Glicose:			
Diagnóstico:			Procedimento:					
Medicações em curso (24h):								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA - MPA				INDUÇÃO ANESTÉSICA		INTUBAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Fármaco	Dose	Via	Hora	Fármaco	Dose	Via	Hora	Sonda nº: <u>5,5</u>
				<u>Celamim</u>	<u>0,5mg/kg</u>	<u>IV</u>	<u>17:10</u>	Obs: <u>S/A</u>
				<u>Lidocaína</u>	<u>1mg/kg</u>	<u>IV</u>	<u>17:10</u>	<b>MANUTENÇÃO</b>
				<u>Propofol</u>	<u>1,5mg/kg</u>	<u>IV</u>	<u>17:10</u>	Agente: <u>Isoflurano</u>
				<u>Fentanil</u>	<u>2,5mcg/kg</u>	<u>IV</u>	<u>17:10</u>	Sistema: <u>Analvlar</u>
EFEITO: nenhum discreto moderado profundo				QUALIDADE: boa regular ruim				Circuito: <u>Mapleson D</u>
DECÚBITO:				PRÉ-OXIGENAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Oxigênio (L/min): <u>200 1,8L</u>

[illegible]

COMENTARIOS	1	2	3	4	5
1* Bloqueo locoregional - epidural lombosacra Lidocaína 26mg/kg + Morfina 0,1mg/kg					
2* Celecoxib 30mg/kg IV lento + Metadona 0,3mg/kg SC					
3* Ibuprofeno 0,6/0,5					
4* Rusgate Metadona 0,3mg/kg SC					
5* ROS - Buscopan 25mg/1kg + Moxepam 0,1mg/kg					