**RELATÓRIO FINAL**

Redigir esse Ofício em papel timbrado próprio da Instituição/Entidade promotora do evento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

Ao

CRMV-ES

Referência: Encaminha Relatório Final

Senhor Presidente, A(O) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome da instituição/entidade promotora do evento), CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com endereço na (rua/av. /pç.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na Cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado do Espírito Santo, vem, por meio de seu médico-veterinário Responsável Técnico, abaixo assinado, apresentar o **RELATÓRIO FINAL** sobre o Programa/Projeto de Esterilização \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizado no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ES, conforme Programa/Projeto apresentado a esse CRMV-ES e protocolado sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

O presente Relatório contém \_\_\_\_\_ folhas, devidamente rubricadas pelo médico-veterinário Responsável Técnico, e as informações contidas nele são absolutamente verdadeiras.

Comprometemo-nos a complementar com dados e documentos comprobatórios quaisquer informações que esse CRMV-ES solicitar, caso julgue necessário.

Por oportuno, salientamos que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (relato/informações que julgue relevante, expectativas e realidades observadas, ocorrências desfavoráveis...., etc.)

Sem mais para o momento,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do responsável pela instituição/entidade promotora Cargo: CPF:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do médico-veterinário Responsável Técnico CRMV-ES nº: Carimbo de CNPJ da instituição/entidade promotora do evento. Carimbo do médico veterinário Responsável Técnico.

**RELATÓRIO FINAL**

**Atenção:** O Relatório Final deve conter, o “Ofício de Encaminhamento de Relatório Final” acima, este formulário devidamente preenchido e assinado/rubricado; registro dos animais atendidos e informações sobre os responsáveis (Anexo I); e fotos do(s) evento(s) – local onde ocorreu e ações de educação em saúde e guarda responsável. Anexos II e III, caso seja pertinente.

Número de animais para o Programa/Projeto que foram:

1. Previstos para atendimento: Cães Machos .............. Fêmeas .............. Total: .............. Gatos Machos ............. Fêmeas ............ Total: ...............
2. Efetivamente atendidos: Cães Machos .............. Fêmeas .............. Total: .............. Gatos Machos ............. Fêmeas ............ Total: ...............
3. Intercorrências: Cães Machos .................... Fêmeas ................... Total: .................. Gatos Machos .................... Fêmeas ................... Total: ..................
4. Óbitos: Cães Machos .................... Fêmeas ................... Total: .................. Gatos Machos .................... Fêmeas ................... Total: ..................
5. Número de animais que retornaram para a retirada dos pontos e alta médico veterinária: Cães Machos .................... Fêmeas ................... Total: .................. Gatos Machos .................... Fêmeas ................... Total: ..................
6. Número de Kit’s adquiridos para a execução dos trabalhos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico CRMV-ES nº

**ANEXO I**

**Registro dos animais atendidos e informações sobre os tutores / ONG responsável**

Atenção: rubrica do médico-veterinário responsável técnico em todas as folhas; imprimir tantas folhas quanto necessárias para o registro de todos os animais atendidos; numerar os animais sequencialmente ou informar a identificação do chip. O envio pode ser no modelo de planilha excel.

ANIMAL: ( ) CÃO ( ) GATO Nº Registro/CHIP: ........................... Sexo: ( ) Macho ( ) Fêmea

Tutor: ( ) Sim (pessoa física) ( ) Instituição/Entidade (ONG) ou não domiciliado Raça:.................................................................. Idade: ...........................

Intercorrência: ( ) Sim ( ) Não

Óbito: ( ) Sim ( ) Não

Nome ou Razão Social:...................................................................................................................

CPF / CNPJ: .......................................................

Endereço:........................................................................................................................................................................................................................CEP: ................................... Cidade: ........................................ – ES

Telefones: (.....) ................................................. (......) .................................................................

E-mail ........................................................................................................................

**ANEXO II**

**Formulário para descrição das intercorrências e dos óbitos**

Atenção: preenchimento obrigatório; rubrica do médico-veterinário responsável técnico em todas as folhas; informar o local para o qual o animal foi encaminhado no caso de intercorrência e óbito; imprimir tantas folhas quanto necessárias para o registro individual de todos as intercorrências e óbitos dos animais atendidos.

FOLHA nº ..................

ANIMAL: ( ) CÃO ( ) GATO Nº Registro/CHIP: .............................

( ) Intercorrência ( ) Óbito

Possíveis causas (hemorragias, paradas cárdio-respiratórias, prenhez - não identificável na anamnese e exame físico - e quaisquer outras alterações clínicas relevantes) – medidas saneadoras – locais de destino – métodos utilizados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ANIMAL: ( ) CÃO ( ) GATO Nº Registro/CHIP: ...............................

( ) Intercorrência ( ) Óbito

Possíveis causas (hemorragias, paradas cárdio-respiratórias, prenhez - não identificável na anamnese e exame físico - e quaisquer outras alterações clínicas relevantes) – medidas saneadoras – locais de destino – métodos utilizados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXO III**

**Formulário sobre cirurgias suspensas/canceladas e seus motivos**

Atenção: Imprimir quantas folhas forem necessárias para o registro de cada ocorrência. Numerar e rubricar as folhas.

|  |  |
| --- | --- |
| **REGISTRO DO ANIMAL** | **MOTIVO** |
| 1. | .............................................................  .............................................................  .............................................................  .............................................................. |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |