|  |  |
| --- | --- |
| TERMO DE EUTANÁSIA | GL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |

No dia \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_\_\_\_\_ horas, conforme laudo(s) ou atestado(s) de exame(s) de diagnóstico anexo(s), foi(foram) sacrificado(s) o(s) animal(is) abaixo especificado(s), em atendimento à:

 ☐ Instrução Normativa Mapa nº 45, de 15 de junho de 2004 (AIE)

☐ Portaria Mapa n° 593, de 30 de junho de 2023 (Mormo)

 ☐ Instrução Normativa Mapa nº 10, de 3 de março de 2017 (Brucelose e Tuberculose)

☐ Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informações da propriedade**

|  |
| --- |
| NOME DA PROPRIEDADE: CÓDIGO DA PROPRIEDADE: |
| MUNICÍPIO: COORDENADAS: |

**Informações do(s) animal(is)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Identificação do animal | N° do relatório de ensaio ou Atestado de exame | Data do resultado | Laboratório ou Médico-veterinário habilitado |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Concordância do proprietário do animal ou do seu representante legal**

|  |
| --- |
| Declaro estar ciente dos motivos que levam à necessidade de realização da eutanásia e declaro o livre consentimento para a realização da eutanásia do(s) animal(is) especificado(s) acima. Declaro, ainda, que fui devidamente esclarecido(a) do método que será utilizado, assim como de que este é um processo irreversível. |
| NOME/ CPF: ASSINATURA: |

**Responsável(is) pela eutanásia**

|  |
| --- |
| CARIMBO E ASSINATURA DO FISCAL ESTADUAL AGROPECUÁRIO MÉDICO-VETERINÁRIO: |

**Testemunhas**

|  |
| --- |
| NOME/ CPF: ASSINATURA: |
| NOME/ CPF: ASSINATURA:  |