

NOTA TÉCNICA 01/2024-SMS-BRASILEIRA-PIAUI

PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASILEIRA-PIAUI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE CASTRAÇÃO ANIMAL

Seguindo o decreto municipal 016/2024, e considerando a lei municipal de nº 227/2021, à secretaria municipal de saúde, e o setor de vigilância em Saúde, disponibiliza o programa de castração animal de cães e gatos, que tem por objetivo a redução de animais de rua e a esterilização gratuita de animais de famílias em situação de vulnerabilidade social. O programa visa, também, promover a conscientização da população em relação ao bem-estar animal e à guarda responsável.

***REQUISITOS PARA O CADASTRAMENTO**

- Comprovante de inscrição no CadÚnico (cópia e original);
- Comprovante de residência no município em nome próprio ou de parentesco que comprove o vínculo, em caso de aluguel anexar cópia de contrato e ou documento que comprove o vínculo contratual do tutor (cópia e original);
- Carteira de identidade do tutor (cópia e original);
- CPF do tutor (cópia e original);
- Caderneta de vacinação do animal ou declaração do tutor;
- Ficha de cadastro domiciliar;
- Ficha de cadastro individual;

***REGRAS INERENTES AO CADASTRAMENTO**

- Será disponibilizado o máximo de dois agendamentos por CPF a cada etapa de castração, a depender da demanda;
- O cadastramento deverá ser feito de forma online pelo link a seguir: <https://forms.gle/5t3oC29G4phrdnCPA>, e presencial na secretaria municipal de saúde, no setor de vigilância ambiental, munido dos documentos exigidos junto a ficha de cadastro em anexo I;
- O animal aceito pela triagem será submetido a avaliação do médico veterinário para autorização ou não do procedimento.
- O não cumprimento de todos os requisitos aqui solicitados implica na exclusão do cadastro no banco de dados do programa;



*DISPONIBILIZAÇÃO DE VAGAS

- A disponibilização de vagas ocorrerá de forma escalonada ao longo das datas de procedimentos cirúrgicos, afim de mitigar as dificuldades pela alta demanda e cadastramento;

*CONFIRMAÇÃO E AGENDAMENTO

- A cada procedimento cirúrgico será divulgado as inscrições selecionadas via meios de comunicações oficiais.
- A SMS entrará em contato com o tutor, via telefone, 48 horas antes da data do agendamento da cirurgia;

*O NÃO COMPARECIMENTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO

- O não comparecimento ao procedimento cirúrgico com o animal na data de hora agendada sem a devida comunicação ao setor responsável, implicará no bloqueio ao acesso ao programa por um período de seis meses;
- Em caso de não poder comparecer na data agendada para o procedimento, deverá ser solicitado o cancelamento em até 48 horas antes do procedimento;
- Agendamentos solicitados o cancelamento em até 48 horas antes do procedimento serão reagendados para a próxima etapa de castração.

Todas as orientações e regras aqui estabelecidas, poderão sofrer alterações, caso haja dificuldades e problemas identificados quanto ao acesso ao programa.

Ao realizar o cadastro, o tutor declara que aceita todas as exigências no formulário. Responsabilizando-se pelas informações prestadas, inclusive pela fidelidade dos dados apresentados. **PRIORIDADE DE REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO:-Animais comunitários; animais da população de baixa renda.**



Anexo I

FICHA DE CADASTRO

PROGRAMA DE CASTRAÇÃO ANIMAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE BRASILEIRA-PIAUI

INSCRIÇÃO NÚMERO _____

TUTOR:		
CPF:	RG:	Nº NIS:
ENDEREÇO:		BAIRRO:
TELEFONE DE CONTATO:		

CADASTRO

CACHORRO/GATO	IDADE	SEXO ANIMAL	PESO APROX.	NOME ANIMAL

1. DATA CIRURGIA: _____ ANIMAL: _____
2. DATA CIRURGIA: _____ ANIMAL: _____
3. DATA CIRURGIA: _____ ANIMAL: _____
4. DATA CIRURGIA: _____ ANIMAL: _____
5. DATA CIRURGIA: _____ ANIMAL: _____
6. DATA CIRURGIA: _____ ANIMAL: _____

- A SMS entrará em contato com o tutor, via telefone, 48 horas antes da data do agendamento da cirurgia;
- Ao realizar o cadastro, o tutor declara que aceita todas as exigências no formulário. Responsabilizando-se pelas informações prestadas, inclusive pela fidelidade dos dados apresentados.
- A inscrição terá uma via para cada uma das partes envolvidas;

_____/_____/_____
(ASSINATURA TUTOR)

_____/_____/_____
(ASSINATURA RESPONSÁVEL PELA INSCRIÇÃO)



**GABINETE DO SECRETARIO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BRASILEIRA, AOS
DEZESEIS DIAS DO MÊS DE ABRIL DE 2024.**



ALAN JUCIÊ MENDES DE MENESES
Secretario Municipal de Saúde de Brasileira.

