



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCÉLIA

Avenida Brasil, 1101 – Centro – CEP 17780-000 - Lucélia – Estado de São Paulo
Telefone (18)3551-9200 – pmluce@terra.com.br – C.N.P.J.- 44.919.918/0001-04

= LEI MUNICIPAL Nº. 4.833, DE 19 DE AGOSTO DE 2019 =

“Dispõe sobre a política de controle da natalidade de cães e gatos e dá outras providências”

O Prefeito Municipal:

Faço saber que a Câmara Municipal de LUCÉLIA, Estado de São Paulo, “Decreta” em Sessão Ordinária do dia 19.08.2019, e Eu Sanciono e Promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica instituído no Município de Lucélia o controle de natalidade de cães e gatos, machos e fêmeas, que será regido de acordo com o estabelecido nesta Lei, mediante esterilização permanente por cirurgia, ou por outro procedimento que garanta eficiência, segurança e bem-estar ao animal.

Art. 2º - A esterilização de animais de que trata o artigo 1º desta Lei será executada de acordo com as prioridades abaixo:

I - tratamento prioritário aos animais pertencentes ou localizados nas comunidades de baixa renda;

II - os animais não domiciliados adotados, temporariamente, por associações e/ou grupos de assistência aos animais;

III - aos demais animais, os quais não estão descritos nos incisos anteriores.

Parágrafo Único: As vagas serão disponibilizadas no Setor da Zoonose de acordo com a demanda, ressaltando que no período do Inquérito Canino o serviço será suspenso.

Art. 3º - Os proprietários de cães e gatos deverão preencher a Ficha de Cadastro, na forma do Anexo I desta Lei, além de entregar a documentação exigida abaixo, a qual passará pela avaliação do Médico Veterinário Municipal:

I - Carteira de Identidade;

II - Cadastro de Pessoa Física (CPF);

III - Comprovante de residência;

IV - A inscrição no Cadastro Único da Assistência Social do Município (CadÚnico) ou Bolsa Família;

V - Assinatura do Termo de Autorização da cirurgia de castração e ciência do risco de referido procedimento em seu animal de estimação, conforme Anexo II, desta Lei;

VI - Assinatura do Termo de Autorização para a realização do procedimento anestésico, bem como da ciência dos riscos envolvidos no mesmo, consoante Anexo III.



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCÉLIA

Avenida Brasil, 1101 – Centro – CEP 17780-000 - Lucélia – Estado de São Paulo
Telefone (18)3551-9200 – pmluce@terra.com.br – *C.N.P.J.*- 44.919.918/0001-04

Art. 4º - As castrações serão realizadas pelo veterinário do quadro da Prefeitura Municipal de Lucélia, nas dependências do Canil Municipal.

§ 1º - Os animais passarão por exame clínico para a devida avaliação pré-operatória sobre a aptidão à castração pelo Médico Veterinário;

§ 2º - Os animais considerados inaptos à cirurgia não serão castrados e seus respectivos proprietários receberão as orientações necessárias para o tratamento dos mesmos, podendo estes animais depois de tratados retornarem ao programa de castração, em caráter prioritário;

§ 3º - Sendo necessária a realização de exames complementares, conforme orientação do Médico Veterinário do Município, os mesmos serão as expensas do proprietário.

Art. 5º - São de responsabilidade exclusiva do proprietário e/ou responsável das associações e grupos de assistência aos animais os cuidados do pós-operatório em suas residências ou instalações, bem como a aquisição dos medicamentos prescritos no pós operatório.

Art. 6º - As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta das dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento, suplementadas se necessário.

Art. 7º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCÉLIA, aos 19 dias do mês de agosto de 2019.

CARLOS ANANIAS CAMPOS DE SOUZA JUNIOR
PREFEITO MUNICIPAL

Registrado no Setor de Administração, publicado por afixação no lugar público de costume e na Imprensa local.

CÍNTIA REGINA RICARDO
SECRETÁRIA DE ADMINISTRAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCÉLIA

Avenida Brasil, 1101 – Centro – CEP 17780-000 - Lucélia – Estado de São Paulo
Telefone (18)3551-9200 – pmluce@terra.com.br – C.N.P.J.- 44.919.918/0001-04

ANEXO I – FICHA DE CASTRAMENTO DE ANIMAIS DOMÉSTICOS PROGRAMA DE CONTROLE DA POPULAÇÃO CANINA E FELINA ATRAVÉS DO MÉTODO DE CASTRACÃO E GUARDA RESPONSÁVEL

FICHA DE CADASTRO

1. Nome do Proprietário: _____

Rua: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

2. Está cadastrado no CADÚNICO ou Bolsa Família?

() Sim () Não

3. Possui animais de companhia?

() Sim () Não

4. Espécie e quantidade de animais:

() Canina () Felina

5. Sexo:

Canina () Macho () Fêmea

Felina () Macho () Fêmea

6. Condições de nutrição:

() Ração () Sobras alimentares

7. Medidas sanitárias:

() Vacina raiva () Vermífugo

8. Tem interesse em castrar seu animal de estimação?

() Sim () Não



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCÉLIA

Avenida Brasil, 1101 – Centro – CEP 17780-000 - Lucélia – Estado de São Paulo
Telefone (18)3551-9200 – pmluce@terra.com.br – C.N.P.J.- 44.919.918/0001-04

ANEXO II

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA DE CASTRAÇÃO PROGRAMA DE CONTROLE DA POPULAÇÃO CANINA E FELINA, ATRAVÉS DO MÉTODO DE CASTRAÇÃO

Termo de autorização para a cirurgia de castração

PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL:
ENDEREÇO: Nº..... COMP.:..... CIDADE:.....
TELEFONE: FIXO..... CELULAR:
EMAIL:
RG: CPF:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE/ANIMAL:

NOME:IDADE(real ou aproximada):
ESPÉCIE RAÇA:
PELAGEM:.....
SEXO: () M () F

Eu, _____, na qualidade de proprietário(a) do animal acima descrito, estou ciente dos riscos da cirurgia e autorizo o procedimento de castração.

Comprometo-me a seguir as orientações do Médico Veterinário no tratamento pós cirúrgico, responsabilizando-me por eventuais complicações ocorridas por falta de cuidados até a retirada dos pontos.

Declaro ter recebido as orientações referentes aos procedimentos pós-cirúrgico.

Lucélia/SP, _____ de _____ de _____.

Médico Veterinário

Nome:

CRMV

Assinatura do Proprietário



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCÉLIA

Avenida Brasil, 1101 – Centro – CEP 17780-000 - Lucélia – Estado de São Paulo
Telefone (18)3551-9200 – pmluce@terra.com.br – C.N.P.J.- 44.919.918/0001-04

ANEXO III

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

PROGRAMA DE CONTROLE DA POPULAÇÃO CANINA E FELINA, ATRAVÉS DO MÉTODO DE CASTRAÇÃO

Termo de autorização para a realização do procedimento anestésico

PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL:

ENDEREÇO: Nº..... COMP.:..... CIDADE:.....

TELEFONE: FIXO..... CELULAR:

EMAIL:

RG: CPF:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE/ANIMAL:

NOME: IDADE(real ou aproximada):

ESPÉCIE RAÇA:

PELAGEM:.....

SEXO: () M () F

Eu, _____, na qualidade de proprietário(a) do animal acima descrito, estou ciente dos riscos da anestesia e autorizo o procedimento anestésico.

Declaro ter recebido orientações referentes aos procedimentos anestésicos.

Lucélia/SP, _____ de _____ de _____.

Médico Veterinário

Nome:

CRMV

Assinatura do Proprietário