

## PRONTUÁRIO MÉDICO-VETERINÁRIO

Resolução CFMV nº 1.653/2025 - Art. 9º - Res. nº 1.321/2020

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Razão Social / Nome do Estabelecimento:

CNPJ / CPF:

CRMV do Estabelecimento:

UF:

Endereço Completo:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

## 2. RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

Nome Completo do RT:

Nº CRMV:

UF:

Especialidade / Área de Atuação:

ART Nº:

## 3. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE (ANIMAL)

Nome do Animal:

Espécie:

Raça:

Sexo:

Idade:

Peso (kg):

Pelagem / Cor:

Microchip Nº:

Nº de Registro Interno:

Data de Abertura do Prontuário:

Prontuário Nº:

**Microchip:** Dispositivo eletrônico implantado via subcutânea, com número único e inalterável, por médico-veterinário (Art. 2º VII, Res. 1.653/2025).

## 4. RESPONSÁVEL PELO ANIMAL (Art. 9º III - Res. 1.653/2025)

■ A nomenclatura "responsável pelo animal" substitui os termos "tutor" e "proprietário" conforme a Res. CFMV nº 1.653/2025.

Nome Completo:

CPF / RG:

Endereço:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

E-mail:

WhatsApp:

## 5. RELATO E INFORMAÇÕES DO RESPONSÁVEL PELO ANIMAL (Art. 9º III)

Registrar o relato do responsável, queixas, histórico apresentado e observações relevantes:


## 6. ANAMNESE E HISTÓRICO CLÍNICO

Data do Atendimento:

Hora:

Tipo de Atendimento:

Queixa Principal:


Histórico Clínico / Doenças Anteriores:


Vacinações em Dia? S ( ) N ( ):

Vermifugação em Dia? S ( ) N ( ):

Uso de Antipulgas? S ( ) N ( ):

Medicamentos em Uso:

Alergias Conhecidas:

## 7. EXAME FÍSICO

Temperatura (°C):

FC (bpm):

FR (mrm):

TPC (seg):

Mucosas:

Peso (kg):

Escore Corporal (1-9):

PA (mmHg):

SpO2 (%):

Achados ao Exame Físico:


## 8. DIAGNÓSTICO / IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Diagnóstico Principal (CID-Vet / Descrição):

Código CID:

Diagnósticos Secundários / Diferenciais:

## 9. EVOLUÇÃO DIÁRIA (Art. 9º VIII - Res. 1.653/2025)

Registrar **todos os procedimentos** com data, hora, descrição e identificação do profissional responsável (nome completo + Nº CRMV), conforme Art. 9º VIII da Res. 1.653/2025.

Data	Hora	Procedimento / Evolução	Profissional Responsável	Nº CRMV	Assinatura

## 10. PRESCRIÇÃO / TRATAMENTO

Medicamentos, doses, vias de administração, frequência e duração:


## 11. EXAMES COMPLEMENTARES (Art. 9º X - Res. 1.653/2025)

Cópia impressa ou digitalizada de **cada laudo** de exame complementar clínico-laboratorial especializado ou de imagem deve ser **anexada ao prontuário** (Art. 9º X, Res. 1.653/2025).

Tipo de Exame	Data Solicitação	Laboratório / Serviço	Data Laudo	Laudo Anexo?

--	--	--	--	--

## 12. ALTA MÉDICA / INTERNAÇÃO

Situação: Alta ( ) Internação ( ) Óbito ( ) Encaminhamento ( ):

Data/Hora:

Profissional Responsável pela Alta:

Nº CRMV:

Orientações de Alta / Retorno:


**Termo de Retirada Sem Alta Médica (Art. 11 - Res. 1.653/2025):** Preenchido? S ( ) N ( ) Responsável recusou assinar? S ( ) N ( ) Testemunhas assinaram? S ( ) N ( )

## 13. ASSINATURAS E RESPONSABILIDADES

Médico-Veterinário Responsável Nome:

Responsável pelo Animal Nome:

Responsável Técnico (RT) Nome:

CRMV:

CPF:

CRMV:

**Prazo de guarda:** mínimo de 5 anos após o último atendimento, inclusive em caso de óbito do animal (Art. 9º Res. 1.321/2020 c/c Res. 1.653/2025). **Entrega de cópia ao responsável:** até 5 dias úteis contados do protocolo do pedido, prorrogável até 30 dias úteis mediante justificativa por escrito (Art. 9º § 1º Res. 1.653/2025). O descumprimento configura **infração ética** (Código de Ética MV / CFMV).