



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMEIRA
ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CADASTRO DE ANIMAIS PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

RESPONSÁVEL PELO CADASTRO

NOME COMPLETO: _____

() TUTOR/DONO () PROTETOR INDEPENDENTE () ONG

() ESTOU AJUDANDO OUTRA PESSOA

POSSUI CADASTRO EM PROGRAMA SOCIAL DO GOVERNO? (BPC, BOLSA FAMÍLIA, PROGRAMA DO LEITE, ETC) () SIM () NÃO

CPF: _____ RG: _____

TELEFONE(1): _____ TELEFONE(2): _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ Número: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

DADOS DO ANIMAL

Nome do animal: _____

Idade aproximada: _____ Peso aproximado: _____

ESPÉCIE: () CÃO () GATO

GÊNERO: () MACHO () FÊMEA

PORTE: () PEQUENO () MÉDIO () GRANDE

PROCEDÊNCIA: () adotado () comunitário/rua

OBSERVAÇÃO: SE O ANIMAL FOR COMUNITÁRIO DE RUA, OU CADASTRADO POR OUTRA PESSOA QUE NÃO O TUTOR, INFORMAR EM QUAL REGIÃO ELE SE ENCONTRA:

RUA: _____

BAIRRO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____

Autorizo desde já, que a Clínica Veterinária contratada pela PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMEIRA, realize o procedimento cirúrgico de CASTRAÇÃO do referido animal. Declaro que estou ciente que, ao ser beneficiado pelo programa, me responsabilizo em zelar pelo animal dentro dos critérios de posse responsável, não o deixando abandonado por quaisquer motivos. Ainda assumo responsabilidade pelas informações aqui prestadas.

PALMEIRA, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA