



**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 DOS ANIMAIS

QUANTIDADE DE ANIMAIS: _____

NOME	CÃO/GATO	MACHO/FÊMEA	IDADE (aproximada)	PESO (aproximado)	PORTE (P-M-G)	PROCEDÊNCIA (adotado/comunitário)

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