



Canil Municipal de Santa Cruz do Sul
Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Saneamento e Sustentabilidade
Rua Victor Frederico Baumhardt, 2581 – Fone (51) 3719-1170 – Bairro Dona Carlota – Santa Cruz
do Sul - RS
atendimento.meioambiente@santacruz.rs.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO N° _____ / 20__

Nome do Animal: _____ **Procedência:** _____

Espécie: _____ **Raça:** _____ **Sexo:** () macho () fêmea **Idade:** _____

Peso: _____ **Cor Pelagem:** _____ **Tamanho Pelagem:** _____

Microchip: _____

Responsável pelo Animal: _____

RG: _____ **CPF:** _____

Endereço: _____

Telefone: _____

O animal, acima identificado, fica autorizado à castração gratuita na seguinte data: ____/____/_____, no
horário: a partir das **07:30 horas**, no endereço: _____

**OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DESTA PARA QUE O PROCEDIMENTO SEJA REALIZADO, O NÃO
COMPARECIMENTO NA DATA, HORÁRIO E LOCAL REFERENCIADOS ACIMA, OCASIONAM A PERDA DA
POSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS AGENDADOS EM DATA POSTERIOR.**

Observações: _____

Médico Veterinário / Carimbo
Matrícula:

Eu, _____ responsável pelo animal acima
identificado, autorizo a realização do procedimento cirúrgico para Esterilização (Castração) do animal acima
identificado e de minha RESPONSABILIDADE, bem como a realização dos procedimentos anestésicos, realização
de exames, internação e tratamento clínico, cirúrgico ou terapêutico necessários.

Declaro ter sido esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes aos procedimentos propostos, e que a
opção de realização dos mesmos foi minha, estando o referido Profissional executante, a Clínica Veterinária
prestadora do serviço, seus proprietários e funcionários, bem como a Administração Pública de Santa Cruz do Sul
isentos de quaisquer responsabilidades decorrentes de tais riscos.

Santa Cruz do Sul – RS, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável pelo Animal

1ª via Canil Municipal/2ª via Tutor/3ª via Clínica Veterinária

Canil Municipal arquivar o referido documento por no mínimo 05 (cinco) anos.