



Centro de Bem Estar Animal de Santa Cruz do Sul
Secretaria Municipal de Bem Estar Animal de Santa Cruz do Sul
Rua Pref. Orlando Oscar Baumhardt, 4016 – Linha Santa Cruz – Santa Cruz do Sul – RS
Fone (51) 92001 - 3395
canil@santacruz.rs.gov.br

AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÃO Nº _____ / 20__

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

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

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

Microchip: _____

Responsável pelo Animal: _____

RG: _____ **CPF:** _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **E-mail:** _____

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 DESTE 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.