



PREFEITURA DE MONTE MOR

Monte Mor, 24 de maio de 2024.

Ofício nº 113/2024- Gabinete do Prefeito

Ao Ilmo Sr. Presidente da Câmara Municipal de Monte Mor
DD. ALTRAN JOSÉ FARIAS LIMA

Assunto: Resposta ao Requerimento 13/2024 – Vereador Bruno Leite.

Prezado Presidente,

Primeiramente gostaria de externar meus cumprimentos, e informar que estamos encaminhando por via deste as informações solicitadas por meio do requerimento 13/2024, de autoria do vereador Bruno Leite, referente as informações sobre a realização do Primeiro Mutirão de Castração no ano de 2024 que aconteceu nos dias 10, 11 e 12 de janeiro.

REQUERIMENTO Nº 13/2024

O setor de compras, licitações e contratos vem através deste prestar informações referentes ao que pede em ofício enviado por essa casa de leis no tocando ao contrato firmado com a empresa CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.

PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 CONTRATO Nº 118/2023.

Secretaria Solicitante: Secretaria Municipal de Saúde.

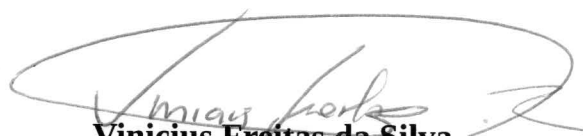
Constitui o objeto do presente “Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários-mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”

Foram investidos o valor de R\$ 89.196,80 (oitenta de nove mil, cento e noventa e seis reais e oitenta centavos)

Quantidade atendida 448 animais.

Segue em anexos as demais documentações solicitadas a esse departamento.

Sem mais.


Vinicius Freitas da Silva
Diretor de Suprimentos



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR

PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

EDITAL REABERTURA

O município de Monte Mor, Estado de São Paulo, com autorização do Prefeito do Município, Srº Edivaldo Antônio Brisch, brasileiro, casado, portador do RG nº 16.342.765-3 SSP/SP e CPF nº 105.071.048-70, torna público, para conhecimento de quantos possam interessar, que fará realizar licitação na modalidade **PREGÃO**, na forma Presencial, tipo **MENOR VALOR GLOBAL** visando a **“Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”**.

O presente certame licitatório reger-se-á pelas normas contidas na Lei Federal nº 10.520 de 17/07/2002, regulamentada pelo Decreto Federal nº 7.892 de 23 de janeiro de 2013, regulamentada pelos Decretos Municipais, pelas disposições fixadas neste edital e seus anexos, aplicando-se subsidiariamente, no que couber, as disposições na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993 e suas alterações, da Lei Complementar nº 123 de 13 de dezembro de 2006 e atualizada pela Lei complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014 e demais normas regulamentares aplicáveis a espécie, e pelo Decreto Municipal nº 5.872 de 09/01/2023.

A sessão de processamento do Pregão será realizada no Salão Nobre do Paço Municipal, situado na Rua Francisco Glicério, nº 399, Centro, iniciando-se no dia **05 de setembro de 2023 às 09h00** e será conduzida pela Pregoeira com o auxílio da Equipe de Apoio, designados nos autos do processo em epígrafe.

As propostas deverão obedecer às especificações deste instrumento convocatório e anexos, que dele fazem parte integrante.

I - DO OBJETO

1.1 – A presente licitação tem por objeto a **“Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”**, de acordo com o Termo de Referência, ANEXO I, do presente edital.

1.2 - No valor ofertado deverão estar inclusos todos os custos com impostos, taxas, tributos, fretes e outros, não será admitido nenhum custo adicional além do proposto inicialmente.

1.3 - A CONTRATADA deverá fornecer o objeto licitado no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de emissão do Pedido de Compras.

II - DA PARTICIPAÇÃO

2.1 - Poderão participar do certame todos os interessados do ramo de atividade pertinente ao objeto da contratação que preencherem as condições constantes deste Edital, e inclusive as empresas que se encontram em **RECUPERAÇÃO JUDICIAL**, desde que demonstrem, na fase da habilitação, sua viabilidade econômica, no caso de sagrar-se vencedora.

2.2 - Não será permitida a participação de empresas em consórcios.

2.3 – Será vedada a participação de empresas na licitação, quando:

a) Declaradas inidôneas por ato do Poder Público, em quaisquer de seus órgãos descentralizados;





- b) Sob processo de falência;
- c) Enquadradas nas disposições do art. 9º, da Lei Federal nº 8.666/93;

III - DO CREDENCIAMENTO

3.1 - Para o credenciamento deverão ser apresentados os seguintes documentos:

3.1.1 - Tratando-se de representante legal, o estatuto social, contrato social (consolidado ou acompanhado de todas as alterações) ou outro instrumento de registro comercial, registrado na Junta Comercial, no qual estejam expressos seus poderes para exercer direitos e assumir obrigações em decorrência de tal investidura;

3.1.2 - Tratando-se de procurador, a procuração por instrumento público ou particular com firma reconhecida, da qual constem poderes específicos para formular lances, negociar preço, interpor recursos e desistir de sua interposição e praticar todos os demais atos pertinentes ao certame, acompanhado do correspondente documento, o estatuto social, contrato social (consolidado ou acompanhado de todas as alterações) ou outro instrumento de registro comercial, registrado na Junta Comercial, que comprove os poderes do mandante para a outorga.

3.2 - O representante legal e o procurador deverão identificar-se exibindo documento oficial de identificação que contenha foto.

3.3 - Será admitido apenas 01 (um) representante para cada licitante credenciada, sendo que cada um deles poderá representar apenas uma credenciada.

3.4 - A ausência do Credenciado, em qualquer momento da sessão, importará a imediata exclusão da licitante por ele representada, salvo autorização expressa do Pregoeiro.

3.5 - A Licitante poderá utilizar do **ANEXO III** como modelo de credenciamento/procuração.

3.6 - As microempresas e empresas de pequeno porte deverão apresentar declaração visando ao exercício da preferência prevista na Lei Complementar nº.123/06, que deverá ser feita de acordo com o modelo estabelecido no **ANEXO VIII** deste edital.

3.7 - Os documentos de credenciamento serão retidos pelo pregoeiro e equipe de apoio e juntados ao processo licitatório.

IV - DA FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO, DOS ENVELOPES DA PROPOSTA E DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

4.1 - A declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação (**ANEXO VI**) e a declaração de microempresa ou empresa de pequeno porte (**ANEXO VIII**) do Edital, deverão ser apresentadas fora dos Envelopes nºs. 01 e 02, sob pena de não recebimento dos envelopes.

4.2 - A proposta e os documentos para habilitação deverão ser apresentados, separadamente, em 02 (dois) envelopes fechados e indevassáveis, contendo em sua parte externa, além do nome da proponente, os seguintes dizeres:

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR Envelope nº.01 – Proposta Pregão Presencial nº 111/2023 Razão social da licitante (Nome/Endereço/Fone/E-mail/CNPJ)
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR Envelope nº.02 – Documentos de Habilitação Pregão Presencial nº 111/2023 Razão social da licitante (Nome/Endereço/Fone/E-mail/CNPJ)

4.2.1 - A não indicação dos dizeres supracitados, no anverso dos envelopes, assim como o seu envio pela ECT (Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos) é de responsabilidade, unicamente, do licitante por seu extravio, destinação diversa, devassamento, não recebimento, bem como protocolo intempestivo. A ausência dos dizeres na parte externa do envelope não constituirá motivo para desclassificação do licitante que poderá regularizá-lo no ato da entrega.





4.2.2 - Caso eventualmente ocorra a abertura dos envelopes nº.02 - Habilitação antes do envelope nº.01 - Proposta, por falta de informação na parte externa dos envelopes, serão novamente fechados sem análise de seu conteúdo e rubricados por todos os presentes.

4.3 - A proposta deverá ser elaborada e redigida em língua portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso corrente, com suas páginas numeradas sequencialmente, sem rasuras, emendas, borrões ou entrelinhas, ser datada e assinada pelo representante legal da licitante ou pelo procurador, juntando-se a procuração.

4.4 - Os documentos necessários à habilitação deverão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por Tabela de Notas ou cópia acompanhada do original para autenticação pelo Pregoeiro ou por membro da Equipe de Apoio.

V - DO CONTEÚDO DO ENVELOPE Nº.01 – PROPOSTA

5.1 - A proposta de preço deverá conter os seguintes elementos:

5.1.1 - Nome, endereço, CNPJ e inscrição estadual da empresa licitante;

5.1.2 - Número deste Pregão;

5.1.3 - A descrição do objeto em conformidade com as especificações do Memorial Descritivo – ANEXO I deste Edital;

5.1.4 - Preço unitário e total de cada item, em moeda corrente nacional, em algarismo, apurado à data de sua apresentação, sem inclusão de qualquer encargo financeiro ou previsão inflacionária. Em caso de divergência entre o valor unitário do item e seu valor total, será considerado o primeiro.

5.1.4.1 – Declaração expressa que nos preços propostos estão incluídos, além do lucro, todas as despesas e custos, como por exemplo: transportes, tributos de qualquer natureza e todas as despesas, diretas ou indiretas, relacionadas com a execução dos serviços objeto da presente licitação.

5.1.5 - Prazo de validade da proposta: 60 (sessenta) dias.

5.1.6 - Valor total global da proposta em algarismo e por extenso.

5.2 - Não será admitida cotação inferior à quantidade prevista neste Edital.

5.3 - O preço ofertado permanecerá fixo e irrevogável durante o período de vigência do Contrato.

5.4 - A licitante poderá utilizar-se do **ANEXO IV** como modelo para apresentação da proposta.

5.5 - A apresentação da proposta implicará em plena aceitação, por parte do proponente, das condições estabelecidas neste edital e seus anexos.

5.6 - Recomenda-se que a Proponente anexe à sua proposta a folha de dados para elaboração da Ata, devidamente preenchida conforme o **ANEXO X** deste edital.

VI - DO CONTEÚDO DO ENVELOPE Nº.02 – DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO

6.1 - O Envelope "Documentos de Habilitação" deverá conter os documentos a seguir relacionados os quais dizem respeito a:

6.1.1 - HABILITAÇÃO JURÍDICA

6.1.1.1 - Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor (Consolidado ou acompanhado de todas as alterações), devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresárias, e, no caso de sociedade por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

6.1.1.2 - Prova de registro empresarial no caso de empresa individual;

6.1.1.3 - Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira, em funcionamento no País, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir;

6.1.1.4 - Os documentos relacionados nos subitens 6.1.1.1 a 6.1.1.3 não precisarão constar do Envelope "Documentos de Habilitação", se tiverem sido apresentados para o credenciamento neste pregão.

6.1.1.5. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), para comprovação da inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho.





6.1.2 - REGULARIDADE FISCAL

6.1.2.1 - Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);

6.1.2.2 - Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual ou Municipal, relativo à sede da licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto do certame;

6.1.2.3 - Certidão de regularidade de débito com a Fazenda Estadual da sede da licitante ou outra prova equivalente, na forma da lei referente aos tributos estaduais;

6.1.2.4 - Certidão de regularidade de débito com a Fazenda Municipal referente aos tributos municipais;

6.1.2.5 - Certidão de regularidade de débito para com o Sistema de Seguridade Social (INSS), e para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);

6.1.2.6 - Certidão Conjunta Negativa de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União.

6.1.2.7 - A comprovação de regularidade fiscal das microempresas e empresas de pequeno porte, por ocasião da participação no certame, deverão apresentar toda a documentação exigida para fins de comprovação de regularidade fiscal, mesmo que apresente alguma restrição;

6.1.2.7.1 - Havendo alguma restrição na comprovação da regularidade fiscal, será assegurado o prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da publicação da homologação do certame, prorrogáveis por igual período, a critério desta municipalidade, para a regularização da documentação, pagamento ou parcelamento do débito, e emissão de eventuais certidões negativas ou positivas com efeito de certidão negativa.

6.1.2.7 - Certidão negativa de quem não tenha sido considerado inidôneo, ou que a sanção aplicada tenha expirado, emitida no site do TCU (<https://contas.tcu.gov.br/ords/f?p=INABILITADO:CERTIDAO:0:>).

6.1.2.8.2 - A não regularização da documentação, no prazo previsto no subitem anterior, implicará na decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste edital, procedendo-se à convocação dos licitantes para, em sessão pública, retomar os atos referente ao procedimento licitatório, nos termos do artigo 4º, inciso XXIII, da Lei nº.10.520/02.

6.1.3 - QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA

6.1.3.1 - Certidão Negativa de Falência e Concordata/Recuperação Judicial e Extrajudicial, expedida pelo cartório do distribuidor da interessada, ou de Execução Patrimonial do domicílio da Pessoa Física, com data de emissão não superior a 60 (sessenta) dias da data limite para a sua apresentação.

6.1.4 - QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

6.1.4.1. As licitantes deverão comprovar qualificação devendo ser apresentados os seguintes documentos:

6.1.4.1.1 Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível em características com o objeto da licitação. A comprovação de aptidão referida acima será feita por atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, devidamente registrados nas entidades profissionais competentes.

6.1.5 - OUTRAS COMPROVAÇÕES

6.1.5.1 Declaração elaborada e subscrita pelo representante legal da licitante, assegurando a inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração Pública. **(ANEXO II).**

6.1.5.2 Declaração elaborada e subscrita pelo representante legal da licitante que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e também menor de dezesesseis anos, de acordo com o inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal e na forma da Lei nº 9.854, de 27/10/99. **(ANEXO V).**





6.1.5.3 Declaração elaborada e subscrita pelo representante legal da licitante que os **produtos ofertados** atendem a todas as normas legais vigentes e que disponibilizará pessoal, na quantidade necessária, para a **execução, entrega, carregamento, descarregamento, montagem e desmontagem do objeto**. (ANEXO XII).

6.2 - DISPOSIÇÕES GERAIS DA HABILITAÇÃO

6.2.1 - É facultada às licitantes a substituição dos documentos de habilitação exigidos neste Edital, pelo Certificado de Registro Cadastral (CRC) para participar de licitações junto à Prefeitura do Município de Monte Mor, Estado de São Paulo, estando no ramo de atividade compatível com o objeto do certame.

6.2.1.1 - O Certificado de Registro Cadastral (CRC) **não substitui** os documentos relacionados nos sub itens 6.1.2.3 a 6.1.2.6; sub item 6.1.3; sub item 6.1.4. devendo portanto serem apresentados juntamente com o CRC.

6.2.2 - Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas, a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data de apresentação das propostas, exceto para a Certidão negativa de falência ou concordata (item 6.1.3.1) onde é solicitado o prazo de 60 (sessenta) dias.

6.2.3 - Não serão aceitos protocolos de entrega ou solicitação de documento em substituição aos documentos requeridos no presente Edital e seus Anexos.

6.2.4 - Toda documentação a ser apresentada para fins de habilitação deverá ser no todo da matriz ou no todo da filial.

VII - DO PROCEDIMENTO E DO JULGAMENTO DA LICITAÇÃO

7.1 - No dia, horário e local indicados no preâmbulo será aberta a sessão de processamento do Pregão, iniciando-se com o credenciamento dos interessados em participar do certame.

7.2 - Analisados os credenciamentos, serão lançados em ata os nomes dos representantes legais ou procuradores dos Licitantes.

7.3 - Após os respectivos credenciamentos, as licitantes entregarão a Pregoeira a declaração de pleno atendimento aos requisitos de habilitação (**ANEXO VI**) e a declaração de microempresa ou empresa de pequeno porte (**ANEXO VIII**) e em envelopes separados a proposta de preços e os documentos de habilitação.

7.3.1 - Iniciada a abertura do primeiro envelope proposta estará encerrado o credenciamento, e, por consequência, a possibilidade de admissão de novos participantes no certame.

7.4 - A análise das propostas pelo Pregoeiro visará ao atendimento das condições estabelecidas neste Edital e seus anexos, sendo desclassificadas as propostas:

- a) cujo objeto não atenda as especificações, prazos e condições fixados no Edital.
- b) que apresentem preço baseado exclusivamente em proposta das demais licitantes.
- c) cujos preços forem excessivos ou incompatíveis com os valores de mercado.
- d) cujos preços globais forem simbólicos ou irrisórios, ou manifestamente inexecutáveis. Serão considerados inexecutáveis aqueles preços cuja viabilidade não tenha sido demonstrada pelo Licitante.

7.4.1 - No tocante aos preços, as propostas serão verificadas quanto à exatidão das operações aritméticas que conduziram ao valor total orçado, procedendo-se às correções no caso de eventuais erros, tomando-se como corretos os preços unitários. As correções efetuadas serão consideradas para apuração do valor da proposta.

7.4.2 - Serão desconsideradas ofertas ou vantagens baseadas nas propostas das demais licitantes.

7.5 - Para julgamento e classificação das propostas será adotado critério de **MENOR VALOR GLOBAL**, observadas as especificações e os parâmetros mínimos de desempenho e qualidade exigidos no Edital.

7.6 - As propostas não desclassificadas serão selecionadas para a etapa de lances, com observância dos seguintes critérios:

- a) seleção da proposta de menor preço e as demais com preços até 10% (dez por cento) superior àquela;





b) não havendo pelo menos 03 (três) preços na condição definida na alínea anterior, serão selecionadas as propostas que apresentarem os menores preços, até o máximo de 3 (três). No caso de empate nos preços, serão admitidas todas as propostas empatadas, independentemente do número de licitantes.

7.6.1 - Para efeito de seleção será considerado o **MENOR VALOR GLOBAL**.

7.6.2 - A Pregoeira comunicará aos licitantes o resultado da análise das propostas e a classificação destas para início da etapa de lances.

7.7 - A Pregoeira convidará individualmente os autores das propostas selecionadas a formular lances de forma sequencial, a partir do autor da proposta de maior preço e os demais em ordem decrescente de valor, decidindo-se por meio de sorteio no caso de empate de preços.

7.7.1 - A licitante sorteada em primeiro lugar poderá escolher a posição na ordenação de lances em relação aos demais empatados, e assim sucessivamente até a definição completa da ordem de lance.

7.8 - Os lances deverão ser formulados em valores distintos e decrescentes, inferiores à proposta de **MENOR VALOR GLOBAL**.

7.8.1 - A desistência em apresentar lance verbal, quando convocado pela pregoeira, implicará na exclusão do licitante da etapa de lances verbais e na manutenção do último preço apresentado pelo licitante, para efeito de posterior ordenação das propostas.

7.9 - A etapa de lances será considerada encerrada quando todos os participantes dessa etapa declinarem da formulação de lances.

7.10. Não será admitida desistência dos lances ofertados, sujeitando-se o Licitante desistente às penalidades constantes no subitem 12.1 deste Edital, salvo devidamente justificado e aceito pela pregoeira.

7.11 - Encerrada a etapa de lances, se houver empate, será assegurado o exercício do direito de preferência às microempresas e empresas de pequeno porte.

7.11.1 – Entende-se por empate aquelas situações em que as propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte sejam iguais ou até 5% (cinco por cento) superiores à proposta mais bem classificada.

7.11.2 – A microempresa ou empresa de pequeno porte cuja proposta for mais bem classificada poderá apresentar proposta de preço inferior àquela considerada vencedora da fase de lances, situação em que sua proposta será declarada a melhor oferta.

a) Para tanto, será convocada pela Pregoeira para exercer seu direito de preferência e apresentar nova proposta no prazo máximo de 05 (cinco) minutos após a convocação da Pregoeira, sob pena de preclusão.

b) Se houver equivalência dos valores das propostas apresentadas pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem no intervalo estabelecido no subitem 7.11.1, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá exercer a preferência e apresentar nova proposta.

b.1) Entende-se por equivalência dos valores das propostas as que apresentarem igual valor, respeitada a ordem de classificação.

7.11.3 – O exercício do direito de preferência somente será aplicado quando a melhor oferta da fase de lances não tiver sido apresentada por microempresa ou empresa de pequeno porte.

7.11.4 - Não ocorrendo a contratação da microempresa ou empresa de pequeno porte, retomar-se-ão, em sessão pública, os procedimentos relativos à licitação, nos termos do quanto disposto no artigo 4º, inciso XXIII, da Lei nº.10.520/02, sendo assegurado o exercício do direito de preferência na hipótese de haver participação de demais microempresas e empresas de pequeno porte cujas propostas se encontrem no intervalo estabelecido no subitem 7.11.1;

a) Na hipótese da não contratação da microempresa e empresa de pequeno porte, e não configurada a hipótese prevista no subitem 7.11.4, será declarada a melhor oferta aquela proposta originalmente vencedora da fase de lances.

7.11.5 – Encerrada a etapa de lances, serão classificadas as propostas selecionadas e não selecionadas para a etapa de lances, na ordem crescente dos valores, considerando-se para as selecionadas o último preço ofertado.





7.12 - A Pregoeira poderá negociar com o autor da oferta de menor valor com vistas à redução do preço.

7.13 - Após a negociação, se houver, a Pregoeira examinará a aceitabilidade do menor preço, decidindo motivadamente a respeito.

7.14 - A aceitabilidade será aferida a partir dos preços de mercado vigentes na data da apresentação das propostas, apurados mediante pesquisa realizada pelo órgão licitante.

7.15 - Considerada aceitável a oferta de menor preço será aberto o Envelope nº 02, contendo os documentos de habilitação de seu autor.

7.16 - Eventuais falhas, omissões ou outras irregularidades nos documentos de habilitação poderão ser saneadas na sessão pública de processamento do Pregão, até a decisão sobre a habilitação, inclusive mediante:

a) substituição e apresentação de documentos, ou

b) verificação efetuada por meio eletrônico hábil de informações.

7.16.1 - A verificação será certificada pela Pregoeira e deverão ser anexados aos autos os documentos passíveis de obtenção por meio eletrônico, salvo impossibilidade devidamente justificada.

7.16.2 - A Administração não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos, no momento da verificação. Ocorrendo essa indisponibilidade e não sendo apresentados os documentos alcançados pela verificação, a licitante será inabilitada.

7.17 - Para aferir o exato cumprimento das condições estabelecidas no subitem 6.2.1, do item 6.2, a Pregoeira, se necessário, diligenciará junto ao Cadastro de Fornecedores desta municipalidade.

7.18 - Constatado o atendimento dos requisitos de habilitação previstos neste Edital, a licitante será habilitada e declarada vencedora do certame.

7.19 - Se a oferta não for aceitável, ou se a licitante desatender as exigências para a habilitação, a Pregoeira examinará a oferta subsequente de menor preço, negociará com o seu autor, decidirá sobre a sua aceitabilidade e, em caso positivo, verificará as condições de habilitação e assim sucessivamente, até a apuração de uma oferta aceitável cujo autor atenda aos requisitos de habilitação, caso em que será declarado vencedor.

7.20 - Caso, excepcionalmente, seja suspensa ou encerrada a sessão antes de cumpridas todas as fases preestabelecidas, os envelopes, devidamente rubricados pelo pregoeiro e pelos representantes credenciados, ficarão sob a guarda do pregoeiro, sendo exibidos aos licitantes na reabertura da sessão ou na nova sessão previamente marcada para prosseguimento dos trabalhos.

VIII - DO RECURSO, DA ADJUDICAÇÃO E DA HOMOLOGAÇÃO

8.1 - No final da sessão, a licitante que quiser recorrer deverá manifestar imediata e motivadamente a sua intenção, abrindo-se então o prazo de 3 (três) dias para apresentação de memoriais, ficando as demais licitantes desde logo intimadas para apresentar contrarrazões em igual número de dias, que começarão a correr no término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurada vista imediata dos autos.

8.2 - A ausência de manifestação imediata e motivada da licitante importará: a decadência do direito de recurso, a adjudicação do objeto do certame pela Pregoeira à licitante vencedora e o encaminhamento do processo à autoridade competente para a homologação.

8.3 - Interposto o recurso, a Pregoeira poderá reconsiderar a sua decisão ou encaminhá-lo devidamente informado à autoridade competente.

8.4 - Decididos os recursos e constatada a regularidade dos atos praticados, a autoridade competente adjudicará o objeto do certame à licitante vencedora e homologará o procedimento.

8.5 - O recurso terá efeito suspensivo e o seu acolhimento importará a invalidação dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

8.6 - Não serão aceitos recursos enviados por fax, correio ou e-mail.

8.7 - A adjudicação e a Homologação será feita pelo **MENOR VALOR GLOBAL**.

8.8 - A Prefeitura convocará o adjudicatário classificado em primeiro lugar para, dentro do prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da data de recebimento da notificação, assinar o Contrato, cuja minuta integra este Edital, sob pena de decair do direito ao registro de preços, podendo, ainda, sujeitar-se à penalidade estabelecida no item 12.1.





8.9. - O prazo para a assinatura da Ata poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, quando solicitado pela parte durante o seu transcurso e desde que ocorra motivo justificado e aceito pela Prefeitura do Município de Monte Mor.

8.10 - A Prefeitura do Município de Monte Mor não está obrigada a solicitar uma quantia mínima dos produtos, ficando a seu exclusivo critério a quantidade e o momento da solicitação.

8.11 - A existência do preço registrado não obriga a Prefeitura do Município de Monte Mor a firmar as contratações que dele poderão advir, facultada à utilização de outros meios, respeitada a legislação vigente, sendo assegurado à detentora do Contrato preferência em igualdade de condições.

8.12 - Constituem motivos para o cancelamento do Contrato as situações referidas nos artigos 77 e 78 da Lei Federal nº 8.666 / 93 e suas alterações.

IX - DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

9.1. - Os materiais deverão ser entregues no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de emissão do Pedido de Compra.

9.2 - A empresa vencedora deverá atender rigorosamente os prazos e quantidades determinados para a entrega do objeto deste certame que deverá ocorrer nos locais determinados pela Prefeitura do Município de Monte Mor, através da autorização de fornecimento emitida pelo departamento de compras, correndo por conta da contratada todas as despesas de execução da presente licitação, tais como: transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários e todos os demais custos que poderão advir na execução do contrato.

9.3- A realização dos serviços objeto da presente licitação será conferido pelo departamento responsável da PREFEITURA DO MUNICÍPIO, através de atestado de execução dos serviços.

9.4 - O objeto desta licitação deverá atender todas as condições e normas legais vigentes.

9.5 - Quando a Adjudicatária, se recusar a entregar o objeto da licitação do qual foi vencedora, serão convocadas as demais licitantes classificadas, para participar de nova sessão pública do Pregão, com vistas à celebração de nova Ata.

9.5.1- Essa nova sessão será realizada em prazo não inferior a 3 (três) dias úteis, contados da divulgação do aviso.

9.5.2 - A divulgação do aviso ocorrerá por publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo e veiculação na Internet.

X - DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

10.1. - O pagamento será efetuado em até 28 (vinte e oito) dias da emissão da nota fiscal acompanhada da respectiva medição, após a devida comprovação através da manifestação favorável do servidor responsável, mediante atestado na nota fiscal e medição comprovando o recebimento do objeto da licitação, ficando assegurado a Contratante o prazo máximo de até 05 (cinco) dias para a emissão de tal manifestação.

10.2 - Havendo erro na nota fiscal e/ou fatura ou descumprimento das condições pactuadas, a tramitação da nota fiscal e/ou fatura será suspensa para que a Contratada adote as providências necessárias a sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data da reapresentação da fatura, devidamente corrigida.

10.3 - Quaisquer pagamentos não isentarão a Contratada das responsabilidades contratuais.

XI - DO PRAZO DO CONTRATO E CONDIÇÕES PARA ASSINATURA DO CONTRATO

11.1. - A contratação decorrente desta licitação será formalizada mediante **Contrato, cuja respectiva minuta constitui anexo do presente ato convocatório (Anexo XI)**, terá início na data de assinatura do aludido instrumento e vigorará pelo período de 120 (cento e vinte) dias.

11.2 - A adjudicatária terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, a partir da notificação, para a assinatura do contrato.

11.3 - Se, por ocasião da formalização do contrato, as certidões de regularidade de débito da Adjudicatária perante o Sistema de Seguridade Social (INSS), o Fundo de Garantia por Tempo





de Serviço (FGTS) e a Fazenda Nacional, estiverem com os prazos de validade vencidos, o órgão licitante verificará a situação por meio eletrônico hábil de informações, certificando nos autos do processo a regularidade e anexando os documentos passíveis de obtenção por tais meios, salvo impossibilidade devidamente justificada.

11.3.1 - Se não for possível atualizá-las por meio eletrônico hábil de informações, a Adjudicatária será notificada para, no prazo de 03 (três) dias úteis, comprovar a sua situação de regularidade de que trata o subitem 11.3, mediante a apresentação das certidões respectivas, com prazos de validade em vigência, sob pena de a contratação não se realizar.

11.4 - Quando a Adjudicatária, convocada dentro do prazo de validade de sua proposta, não apresentar a situação regular de que trata o subitem 11.3, ou se recusar a assinar o contrato, serão convocadas as demais licitantes classificadas, para participar de nova sessão pública do Pregão, com vistas à celebração da contratação.

11.4.1 - Essa nova sessão será realizada em prazo não inferior a 3 (três) dias úteis, contados da divulgação do aviso.

11.4.2 - A divulgação do aviso ocorrerá por publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo e veiculação na Internet.

XII - DAS SANÇÕES PARA OS CASOS DE INADIMPLEMENTO

12.1. O Licitante que desistir do lance ofertado, conforme definido no item 7.10, e o Adjudicatário que se recusar a assinar o contrato no prazo fixado, ou não cumprir as exigências deste Edital para sua assinatura, estarão sujeitos, isolada ou cumulativamente, às seguintes penalidades:

a) Suspensão do direito de licitar e contratar com a Prefeitura do Município de Monte Mor pelo prazo de até 5 (cinco) anos;

b) Multa equivalente de até 10% (dez por cento) do valor do contrato.

12.1.1 - As penalidades só não serão aplicadas se a desistência ocorrer por fato superveniente, justificável e aceito pela Pregoeira e submetido à aprovação do Chefe do Poder Executivo.

12.2 - O atraso ou o descumprimento das obrigações assumidas permitirão a aplicação das seguintes sanções pela CONTRATANTE:

12.2.1 - advertência, que será aplicada sempre por escrito;

12.2.2 - multas, que serão graduadas, em cada caso, de acordo com a gravidade da infração, observados os seguintes limites:

12.2.2.1 - 0,3% (três décimos por cento) por dia, até o 30º (trigésimo) dia de atraso na entrega do objeto da licitação, sobre o valor do contrato;

12.2.2.2 - 10% (dez por cento) sobre o valor do contrato, no caso de atraso na entrega do objeto da licitação, superior a 30 (trinta) dias, com o consequente cancelamento do contrato.

12.2.2.3 - O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a 10% (dez por cento) do valor do contrato.

12.2.2.4 - O valor das multas aplicadas deverá ser recolhido à adquirente no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data da notificação, podendo ainda, ser descontado das Notas Fiscais e/ou Faturas por ocasião do pagamento, ou cobrado judicialmente se julgar conveniente.

12.2.3 - Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Prefeitura do Município de Monte Mor.

12.2.4 - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, no prazo não superior a 5 (cinco) anos.

12.3 - As sanções previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas cumulativamente, ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa à adjudicatária, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

12.4 - Nenhuma parte será responsável perante a outra pelos atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito.

12.5 - A sanção de suspensão de participar em licitação e contratar com a Administração Pública poderá ser também aplicada àqueles que:

12.5.1 - Retardarem a execução do pregão;

12.5.2 - Demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração e;





12.5.3 - Fizerem declaração falsa ou cometerem fraude fiscal.

12.6 - A critério da contratante poderão ser suspensas as penalidades, no todo ou em parte, quando o atraso na entrega dos produtos for devidamente justificado pela contratada e aceito pela contratante, que fixará novo prazo, este improrrogável, para a completa execução das obrigações assumidas.

XIII - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

13.1 - As despesas decorrentes do objeto desta licitação onerarão a dotações orçamentárias sob os números:

Nº 02.05.06.10.304.2061.1350.3.3.90.39.8.303.000 - Ficha 1458 - Outros Serviços de Terceiros.

13.2. - As despesas a serem realizadas nos exercícios financeiros subsequentes onerarão as dotações específicas previstas nos respectivos orçamentos.

XIV - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

14.1 - As normas disciplinadoras desta licitação serão interpretadas em favor da ampliação da disputa, respeitada a igualdade de oportunidade entre as licitantes e desde que não comprometam o interesse público, a finalidade e a segurança da contratação.

14.2 - Das sessões públicas de processamento do Pregão serão lavradas atas circunstanciadas, a serem assinadas pela Pregoeira e pelos licitantes presentes.

14.3 - As recusas ou as impossibilidades de assinaturas devem ser registradas expressamente no próprio contrato.

14.4 - Todos os documentos de habilitação cujos envelopes forem abertos na sessão e as propostas serão rubricados pela Pregoeira e pelos licitantes presentes que desejarem.

14.5 - O resultado do presente certame será divulgado no Diário Oficial do Estado de São Paulo ou no endereço eletrônico www.montemor.sp.gov.br.

14.6. - Os demais atos pertinentes a esta licitação, passíveis de divulgação, serão publicados no Diário Oficial do Estado de São Paulo e comunicados as empresas que retiraram o edital via e-mail e/ou fax e disponibilizados no endereço eletrônico www.montemor.sp.gov.br.

14.7 - Os envelopes contendo os documentos de habilitação das demais licitantes ficarão à disposição para retirada na Seção de Licitações, na Rua Francisco Glicério, nº.399, Centro, Monte Mor/SP, após a celebração do contrato.

14.8 - Até 2 (dois) dias úteis anteriores à data fixada para recebimento das propostas, qualquer pessoa poderá solicitar esclarecimentos, providências ou impugnar disposições deste Edital.

14.9 - A petição será dirigida à autoridade subscritora do Edital, que decidirá no prazo de até 1 (um) dia útil anterior à data fixada para recebimento das propostas.

14.10 - Acolhida a petição contra este Edital, será designada nova data para a realização do certame.

14.11 - Os casos omissos do presente Pregão serão solucionados pela Pregoeira.

14.12 - Integram o presente Edital:

14.12.1 - Termo de Referência (ANEXO I).

14.12.2 - Declaração assegurando a inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração (ANEXO II).

14.12.3 - Modelo de Credenciamento/Procuração (ANEXO III).

14.12.4 - Modelo de Proposta a ser Preenchida pelo Proponente (ANEXO IV).

14.12.5 - Declaração para o fim de atendimento ao inciso V do art. 27 da Lei 8.666/93 (ANEXO V).

14.12.6 - Declaração de pleno atendimento aos requisitos do Edital (ANEXO VI).

14.12.7 - Termo de retirada do edital (ANEXO VII).

14.12.8 - Declaração de microempresa ou empresa de pequeno porte (ANEXO VIII).

14.12.9 - Planilha de Estimativa de Preços (ANEXO IX).

14.12.10 - Dados para elaboração do contrato (ANEXO X).

14.12.11 - Minuta do Contrato (ANEXO XI).

14.12.12 - Declaração dos materiais ofertados (ANEXO XII).

14.12.13 - Termo de ciência e notificação (ANEXO XIII).





14.13 – Todas as partes deste edital são complementares entre si, de tal modo que qualquer detalhe que se mencione em uma delas considerar-se-á especificado e válido para todas as demais.

14.14 - Para dirimir quaisquer questões decorrentes da licitação, não resolvidas na esfera administrativa, será competente o foro da Comarca de Monte Mor, Estado de São Paulo.

Prefeitura do Município de Monte Mor – SP, em 24 de agosto de 2023.

Edivaldo Antônio Brischi
Prefeito Municipal

Mário Cezar Franco Junior
Procurador Municipal





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETO: “Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”.

Realizar procedimentos de CASTRAÇÃO, (cirurgia de esterilização para fêmeas ovariosalpingohisterectomia (OSH) e para machos orquiectomia) em Caninos e Felinos de ambos os sexos, e implantação de MICROCHIP em CANINOS e FELINOS, com fornecimento de materiais.

O procedimento deve ser realizado pela Licitante vencedora no centro do Bem Estar Animal e ficará responsável pelo abastecimento dos materiais e insumos necessários para realização das castrações e microchipagem.

A Licitante vencedora deverá orientar os tutores com relação aos riscos anestésicos inerentes aos procedimentos cirúrgicos.

Procedimentos cirúrgicos (anestesia geral, técnicas de antissepsia nos animais, material cirúrgico higienizado, esterilizado e de uso individual para cada procedimento, cirurgião e auxiliar devidamente paramentados com gorro, máscara, roupa cirúrgica ou avental específico, luvas cirúrgicas esterilizadas).

É obrigatório a ministração da medicação prévia adequada à espécie e porte (sedação e anestésico), de forma que o procedimento seja seguro e indolor, bem como fazer tricotomia anatômica prévia e assepsia adequada do local onde será realizado o acesso cirúrgico.

Ao final da cirurgia deverá ser realizada bandagem, aplicação de analgésico, anti-inflamatório e antibiótico, orientação dos cuidados pós-cirúrgicos (colar protetor, roupa cirúrgica, repouso, administração de medicação prescrita), além de emitir receita médica veterinária com as medicações prescritas para uso no período de recuperação, conforme avaliação do médico veterinário.

Todos os animais que forem submetidos aos procedimentos de castração realizados pela Licitante vencedora, deverão ser microchipados com transponder de código exclusivo e inalterável, encapsulado em vidro cirúrgico e com dispositivo antimigratório, para a identificação eletrônica dos mesmos. Cada microchip deve ser acompanhado de uma ficha (RGA), que deverá ser entregue ao responsável do animal com a respectiva numeração. Uma cópia do mesmo número deve ser anexada ao prontuário clínico do animal.

Os animais que forem submetidos aos procedimentos cirúrgicos deverão ser transportados pelo tutor do animal.

Os serviços serão disponibilizados gratuitamente aos munícipes que comprovarem situação de hipossuficiência econômica, através do sistema CadÚnico.





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO II – DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTO LEGAL PARA
LICITAR OU CONTRATAR COM A ADMINISTRAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu,, portador do CPF nº. e do RG nº..... representante legal da empresa,, inscrita no CNPJ sob o nº....., interessada em participar no Processo Licitatório – Pregão Presencial nº 111/2023, na PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR, DECLARO, sob as penas da Lei, que, nos termos do item 6.1.4, subitem 6.1.4.1 do Edital, que inexistente impedimento legal contra a empresa para licitar ou contratar com a Administração Pública.

....., de de 2023.

Assinatura do Representante Legal
RG e CPF
(Carimbo CNPJ da Empresa)





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO III – MODELO DE CREDENCIAMENTO/PROCURAÇÃO
PROCURAÇÃO

A (nome da empresa) _____, CNPJ n.º _____, com sede à _____, neste ato representada pelo(s) (diretores ou sócios, com qualificação completa – nome, RG, CPF, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço) pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui, seu(s) Procurador(es) o Senhor(es) (nome, RG, CPF, nacionalidade, estado civil, profissão e endereço), a quem confere(m) amplos poderes para junto à PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR (ou de forma genérica: para junto aos órgãos públicos federais, estaduais e municipais) praticar os atos necessários para representar a outorgante na licitação na modalidade de Pregão Presencial nº 111/2023 (ou de forma genérica para licitações em geral), usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para desistir de recursos, interpô-los, apresentar lances verbais, negociar preços e demais condições, confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer está para outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom firme e valioso, e, em especial, para (se for o caso de apenas uma licitação).

....., de de 2023.

Assinatura do Representante Legal
RG e CPF
(CARIMBO CNPJ DA EMPRESA)

RECONHECER FIRMA





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO IV – MODELO DE PROPOSTA

Proponente: _____	
CNPJ nº _____	Inscrição Estadual nº _____
Endereço: _____ nº _____	
Complemento: _____	Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP _____	E-mail: _____ Fone: _____ Fax: _____
Banco: _____ -	Agência: _____ - Conta: _____

À

Prefeitura do Município de Monte Mor
Rua Francisco Glicério, 399 – Centro
Monte Mor – SP.

Segue nossa proposta para a **“Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”**, CONFORME EDITAL E SEUS ANEXOS”, Conforme abaixo:

Item	Quant. (estimada)	Unid.	Descrição	VL. UNIT (estimado)	VL. TOTAL (estimado)
1	580	Serviço	Realizar procedimentos de CASTRAÇÃO, (cirurgia de esterilização para fêmeas ovariosalpingohisterectomia (OSH) e para machos orquiectomia), em Caninos e Felinos de ambos os sexos, e implantação de MICROCHIP em CANINOS e FELINOS, com fornecimento de materiais. O procedimento deve ser realizado pela Licitante vencedora no centro do Bem Estar Animal e ficará responsável pelo abastecimento dos materiais e insumos necessários para realização das castrações e microchipagem. A Licitante vencedora deverá orientar os tutores com relação aos riscos anestésicos inerentes aos procedimentos cirúrgicos. Procedimentos cirúrgicos (anestesia geral, técnicas de antisepsia nos animais, material cirúrgico higienizado, esterilizado e de uso individual para cada procedimento, cirurgião e auxiliar devidamente paramentados com gorro, máscara, roupa cirúrgica ou avental específico, luvas cirúrgicas esterilizadas). É obrigatório a ministração da medicação prévia adequada à espécie e porte (sedação e anestésico), de forma que o procedimento seja seguro e indolor, bem como fazer tricotomia anatômica prévia e assepsia adequada do local onde será realizado o acesso cirúrgico.	R\$	R\$





		Ao final da cirurgia deverá ser realizada bandagem, aplicação de analgésico, anti-inflamatório e antibiótico, orientação dos cuidados pós-cirúrgicos (colar protetor, roupa cirúrgica, repouso, administração de medicação prescrita), além de emitir receita médica veterinária com as medicações prescritas para uso no período de recuperação, conforme avaliação do médico veterinário. Todos os animais que forem submetidos aos procedimentos de castração realizados pela Licitante vencedora, deverão ser microchipados com transponder de código exclusivo e inalterável, encapsulado em vidro cirúrgico e com dispositivo antimigratório, para a identificação eletrônica dos mesmos. Cada microchip deve ser acompanhado de uma ficha (RGA), que deverá ser entregue ao responsável do animal com a respectiva numeração. Uma cópia do mesmo número deve ser anexada ao prontuário clínico do animal. Os animais que forem submetidos aos procedimentos cirúrgicos deverão ser transportados pelo tutor do animal. Os serviços serão disponibilizados gratuitamente aos munícipes que comprovarem situação de hipossuficiência econômica, através do sistema CadÚnico.		
Valor Total:				R\$
Valor Total por Extenso:				

O prazo de validade da presente proposta: mínimo 60 (Sessenta) dias
Condições de Pagamento: 28 dias.

....., de de 2023

Assinatura de Representante legal
Nome / RG / CPF
(Carimbo CNPJ da Empresa)





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO V – DECLARAÇÃO PARA ATENDIMENTO AO INCISO “V” DO ARTIGO 27
DA LEI FEDERAL Nº.8.666/93

DECLARAÇÃO

(nome da empresa)....., inscrito no CNPJ nº, por intermédio de seu representante legal o (a) Sr. (a), portador (a) da Carteira de Identidade nº e do CPF nº, DECLARA, para fins do disposto no inciso V, do art. 27, da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e também menor de dezesseis anos, de acordo com o inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal e na forma da Lei nº 9.854, de 27/10/99.

Obs.: Declarar quando for o caso: “Declaro que emprego menor com idade de catorze anos na condição de aprendiz”

....., de de 2023.

Assinatura de Representante legal
Nome / RG / CPF
(Carimbo CNPJ da Empresa)





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE HABILITAÇÃO

DECLARAÇÃO

Eu,(nome)....., portador do CPF nº e RG nº representante legal da empresa, interessada em participar no Processo Licitatório Pregão Presencial nº 111/2023 da PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR, DECLARO, nos termos do subitem 4.1, do item IV do edital, e sob as penas da Lei, que demos pleno atendimento aos requisitos de habilitação.

....., de de 2023.

Assinatura de Representante legal
Nome / RG / CPF
(Carimbo CNPJ da Empresa)





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO VII – TERMO DE RETIRADA DO EDITAL PELA INTERNET

EDITAL

Declaro para os devidos fins que retirei integralmente junto ao endereço eletrônico: www.montemor.sp.gov.br – Secretarias – Finanças – Licitações e Editais 2023 – Pregão Presencial, o edital e seus anexos referente ao PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023.

OBJETO: “Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”.

Nome da Empresa:

Endereço:

Bairro: Cidade: Estado:

Telefone: Fax:

E-mail:

Pessoa para Contato:

Data da Retirada do Edital:

A Prefeitura do Município de Monte Mor não se responsabilizará pelo não envio de informações posteriores (julgamento / suspensão / esclarecimentos, etc.), referentes ao Edital, caso a empresa não preencha e transmita as informações acima descritas. Fone para Contato: (19) 3879-9005 Ramal: 9032 ou e-mail: vanessa.souza@montemor.sp.gov.br;





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE MICROEMPRESA OU EMPRESA DE PEQUENO PORTE

DECLARAÇÃO

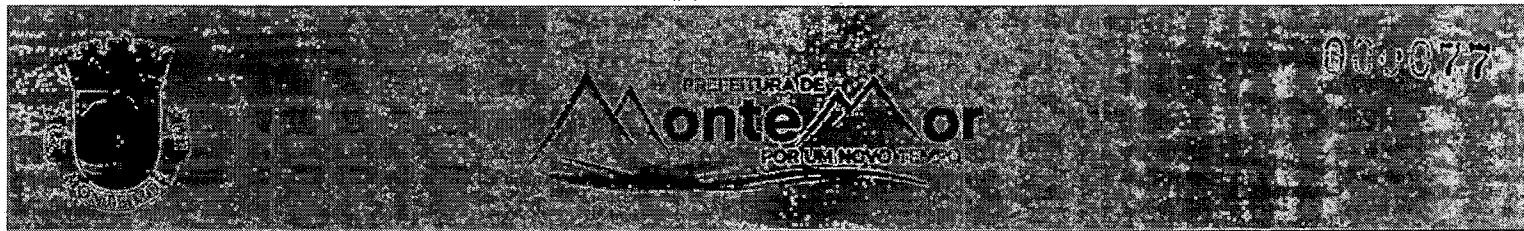
Eu,(nome)....., portador do CPF nº..... e RG nº..... abaixo assinado, declaro sob as penas da lei, sem prejuízo das sanções e multas previstas neste ato convocatório, que a empresa, CNPJ nº....., é microempresa ou empresa de pequeno porte, nos termos do enquadramento previsto na Lei Complementar nº.123 de 14 de dezembro de 2006, alterada pela Lei Complementar nº 147, de 07 de Agosto de 2014, cujos termos declaro conhecer na íntegra, estando apta, portanto, a exercer o direito de preferência como critério de desempate no procedimento licitatório do Pregão Presencial nº 111/2023, realizado pela Prefeitura Municipal de Monte Mor, Estado de São Paulo.

....., de de

Assinatura do Representante Legal
(Carimbo CNPJ da Empresa)

OBSERVAÇÃO: A empresa deverá apresentar anexo a esta declaração documento que comprove ser microempresa ou empresa de pequeno porte através de contrato social ou certidão em que conste a condição ME ou EPP, devidamente atualizada, expedida pela Junta Comercial ou Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas.





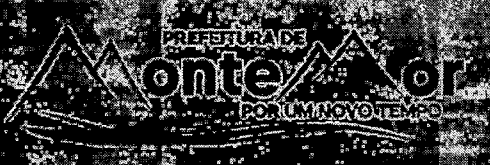
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO IX – PLANILHA DE ESPECIFICAÇÃO E ESTIMATIVA DE PREÇOS

Objeto: “Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”.

Item	Quant. (estimada)	Unid.	Descrição	VL. UNIT (estimado)	VL. TOTAL (estimado)
1	580	Serviço	Realizar procedimentos de CASTRAÇÃO, (cirurgia de esterilização para fêmeas ovarioparingohisterectomia (OSH) e para machos orquiectomia) em Caninos e Felinos de ambos os sexos, e implantação de MICROCHIP em CANINOS e FELINOS, com fornecimento de materiais. O procedimento deve ser realizado pela Licitante vencedora no centro do Bem Estar Animal e ficará responsável pelo abastecimento dos materiais e insumos necessários para realização das castrações e microchipagem. A Licitante vencedora deverá orientar os tutores com relação aos riscos anestésicos inerentes aos procedimentos cirúrgicos. Procedimentos cirúrgicos (anestesia geral, técnicas de antisepsia nos animais, material cirúrgico higienizado, esterilizado e de uso individual para cada procedimento, cirurgião e auxiliar devidamente paramentados com gorro, máscara, roupa cirúrgica ou avental específico, luvas cirúrgicas esterilizadas). É obrigatório a ministração da medicação prévia adequada à espécie e porte (sedação e anestésico), de forma que o procedimento seja seguro e indolor, bem como fazer tricotomia anatômica prévia e assepsia adequada do local onde será realizado o acesso cirúrgico. Ao final da cirurgia deverá ser realizada bandagem, aplicação de analgésico, anti-inflamatório e antibiótico, orientação dos cuidados pós-cirúrgicos (colar protetor, roupa cirúrgica, repouso, administração de medicação prescrita), além de emitir receita médica veterinária com as medicações prescritas para uso no período de	R\$ 199,68	R\$ 115.814,40





000078

		recuperação, conforme avaliação do médico veterinário. Todos os animais que forem submetidos aos procedimentos de castração realizados pela Licitante vencedora, deverão ser microchipados com transponder de código exclusivo e inalterável, encapsulado em vidro cirúrgico e com dispositivo antimigratório, para a identificação eletrônica dos mesmos. Cada microchip deve ser acompanhado de uma ficha (RGA), que deverá ser entregue ao responsável do animal com a respectiva numeração. Uma cópia do mesmo número deve ser anexada ao prontuário clínico do animal. Os animais que forem submetidos aos procedimentos cirúrgicos deverão ser transportados pelo tutor do animal. Os serviços serão disponibilizados gratuitamente aos munícipes que comprovarem situação de hipossuficiência econômica, através do sistema CadÚnico.		
Valor Total:				R\$ 115.814,40
Valor Total por Extenso: Cento e quinze mil e oitocentos e quatorze reais e quarenta centavos				





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO X – FOLHA DE DADOS PARA ELABORAÇÃO DE CONTRATO

RAZÃO SOCIAL:

ENDEREÇO: BAIRRO: CIDADE: ESTADO:

CEP: FONE: FAX:

REPRESENTANTE DA EMPRESA QUE ASSINARA O CONTRATO
NOME:

CARGO QUE A PESSOA OCUPA NA EMPRESA:

ESTADO CIVIL:
NACIONALIDADE:
PROFISSÃO:

RG. Nº.: CPF. Nº.:

(Local, Data, Nome, RG e Assinatura da Pessoa Responsável pelas Informações Acima)

Assinatura

Nome

RG

Observações.:

1-Em caso de representação por procurador, juntar o instrumento de mandato específico para assinatura do contrato.

2-Solicitamos a gentileza de preencher este formulário, e entregá-lo juntamente com os envelopes da presente licitação. Caso essa empresa seja vencedora, estes dados facilitarão a elaboração e assinatura do contrato referente a este procedimento licitatório. A não apresentação dessa folha não implicará a inabilitação da Proponente.





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO XI – MINUTA DE CONTRATO

PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 CONTRATO Nº .../2023

INTERESSADO: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR

Aos __ dias do mês de ____ do ano de 2023, na cidade de Monte Mor, Estado de São Paulo, autorizado pelo processo de PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023, foi expedida a presente contrato, de acordo com o disposto no inciso II do artigo 15 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, da Lei complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006, atualizada pela Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014, e pelo Decreto Municipal nº 4.800 de 01/02/2018 que conjuntamente com as condições adiante estipuladas, regem o relacionamento entre a Prefeitura do Município de Monte Mor e a Licitante Vencedora.

A Prefeitura do Município de Monte Mor, com sede na Rua Francisco Glicério, nº.399 – Centro, Monte Mor – SP, inscrita no CNPJ sob o nº.45.787.652/0001-56 e Inscrição Estadual Isenta, devidamente representada neste ato pelo Prefeito do Município Srº Edivaldo Brisch, e a empresa _____, com sede na cidade de _____, Estado _____, na Rua _____, nº _____, inscrita no CNPJ sob o nº _____, neste ato representada por seu sócio/procurador _____, (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador do RG nº _____ e do CPF nº _____, residente e domiciliado na Rua _____, nº _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Estado de _____, acordam proceder, nos termos do Decreto Federal nº 3.931/2001 e alterações, conforme cláusulas à seguir:

Cláusula I - DO OBJETO

1.1- Constitui o objeto do presente **“Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”**, conforme especificações do Edital, seus anexos e proposta da LICITANTE VENCEDORA.

1.2- Este instrumento de registro de preços não obriga a Administração a firmar as contratações com a fornecedora, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios, assegurados, nesta hipótese, a preferência do beneficiário do registro em igualdade de condições, nos termos do parágrafo quarto, artigo 15 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

1.3 – O registro de preços poderá ser suspenso ou cancelado no interesse da Administração e nas hipóteses dos artigos 77 e 78 , da Lei Federal nº 8.666/93, ou a pedido justificado do interessado e aceito pela Administração.

1.4 – A LICITANTE VENCEDORA deverá manter enquanto vigorar o registro de preços e em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023.

1.5. - Integrarão o Contrato, como partes indissociáveis, a proposta apresentada pela adjudicatária bem como o edital e seus anexos.

Cláusula II – DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

2.1- O preço total do objeto deste Contrato é o apresentado na proposta da LICITANTE VENCEDORA, no valor de:





2.2. – O valor global, incluem todas as despesas diretas e indiretas da prestação de serviços, materiais e equipamentos necessários, bem como encargos sociais e trabalhistas, transportes, seguros, benefícios, liquidação de responsabilidades por acidentes de trabalho ou que causem danos ou prejuízos ao Município ou a terceiros por motivo de dolo, negligência, imprudência ou imperícia da contratada, de seus prepostos ou funcionários.

2.3 – As despesas do Presente Contrato onerarão os recursos as dotações orçamentárias do orçamento vigente sob os nºs:...

2.4 - As despesas a serem realizadas nos exercícios financeiros subsequentes onerarão as dotações específicas previstas nos respectivos orçamentos.

2.5 - Fica declarado que o preço registrado no presente Contrato pelo prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de sua assinatura.

Cláusula III – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1. - O pagamento será efetuado em até 28 (vinte e oito) dias da emissão da nota fiscal acompanhada da respectiva medição, e após a emissão da Ordem de Pagamento emitido pelo departamento de compras da prefeitura, através da manifestação favorável do servidor responsável, mediante atestado na nota fiscal e medição comprovando o recebimento do objeto da licitação, ficando assegurado a Contratante o prazo máximo de até 05 (cinco) dias para a emissão de tal manifestação.

3.2 - Havendo erro na nota fiscal e/ou fatura ou descumprimento das condições pactuadas, a tramitação da nota fiscal e/ou fatura será suspensa para que a Contratada adote as providências necessárias a sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data da reapresentação da fatura, devidamente corrigida.

3.3. - Quaisquer pagamentos não isentarão a Licitante Vencedora das responsabilidades do Sistema de Registro de Preços.

Cláusula IV - DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES E DO LOCAL DE ENTREGA

4.1. – Os materiais deverão ser entregues no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de emissão do Pedido de Compras.

4.2 – A empresa vencedora deverá atender rigorosamente os prazos e quantidades determinados para a entrega do objeto deste certame que deverá ocorrer nos locais determinados pela Prefeitura do Município de Monte Mor, correndo por conta da contratada todas as despesas de execução da presente licitação, tais como: transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários e todos os demais custos que poderão advir na execução do contrato.

4.3- A prestação dos serviços objeto da presente licitação será conferido pelo departamento responsável da PREFEITURA DO MUNICÍPIO, através de atestado de execução dos serviços.

4.4 – O objeto desta licitação deverá atender todas as condições e normas legais vigentes.

4.5 - Caso os serviços e materiais não correspondam ao exigido no instrumento convocatório, a licitante deverá providenciar no prazo máximo de até 03 (três) dias úteis, contados da data de notificação expedida pela contratante, a sua adequação ou substituição, visando o atendimento das especificações, sem prejuízo da incidência das sanções previstas no instrumento convocatório, na Lei nº 8.666/93 e na legislação pertinente.

Cláusula V - DO PRAZO

5.1. - O prazo de validade do Contrato será de 90 (noventa) dias.

Cláusula VI - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6.1. São obrigações da Prefeitura:

6.1.1. Fiscalizar e acompanhar a entrega do objeto licitado. Responsável: Angelita Duarte Tancredo – CPF: 284.218.858-63.





6.1.2. Efetuar o pagamento ajustado, das notas fiscais, devidamente atestadas pelo setor competente.

6.2. São Obrigações da LICITANTE VENCEDORA:

6.2.1. Fornecer o objeto deste Contrato de acordo com as especificações e demais condições do presente Contrato e ainda, as constantes no Edital de Licitação e seus anexos.

6.2.2. Manter, durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas e todas as condições de habitação e qualificação exigidas na licitação.

6.2.3. Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais e tributárias decorrentes do presente Contrato.

6.2.4. Providenciar a imediata correção de deficiências e/ou irregularidades apontadas pela Prefeitura do Município de Monte Mor.

6.2.5. Arcar com eventuais prejuízos causados a Prefeitura do Município de Monte Mor e/ou terceiros, provocados por ineficiência ou irregularidade, cometida no presente Contrato.

6.2.6. Aceitar, nas mesmas condições avençadas no presente Contrato, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas compras, respeitados os limites legais, conforme dispõe o parágrafo 1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93.

Cláusula VII - DAS SANÇÕES

7.1 – O atraso ou o descumprimento das obrigações assumidas no presente Contrato permitirão a aplicação das seguintes sanções pela Prefeitura:

7.2.1 - advertência, que será aplicada sempre por escrito.

7.2.2 – multas, que serão graduadas, em cada caso, de acordo com a gravidade da infração, observados os seguintes limites:

7.2.2.1 – 0,3% (três décimos por cento) por dia, até o 30º (trigésimo) dia de atraso na entrega do objeto da licitação, sobre o valor do presente Contrato.

7.2.2.2 - 10% (dez por cento) sobre o valor do Contrato, no caso de atraso na entrega do objeto da licitação, superior a 30 (trinta) dias, com o consequente cancelamento do presente Contrato.

7.2.2.3 - O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a 10% (dez por cento) do valor do presente Contrato.

7.2.2.4 - O valor das multas aplicadas deverá ser recolhido à adquirente no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data da notificação, podendo ainda, ser descontado das Notas Fiscais e/ou Faturas por ocasião do pagamento, ou cobrado judicialmente se julgar conveniente.

7.2.3 - Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Prefeitura do Município de Monte Mor.

7.2.4 - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, no prazo não superior a 5 (cinco) anos.

7.3 - As sanções previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas cumulativamente, ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa à Licitante Vencedora, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

7.4 - Nenhuma parte será responsável perante a outra pelos atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito.

7.5 - A sanção de suspensão de participar em licitação e contratar com a Administração Pública poderá ser também aplicada aqueles que:

7.5.1 - Demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração.

7.5.2 - Fizerem declaração falsa ou cometerem fraude fiscal.

7.6. - A critério da Administração poderão ser suspensas as penalidades, no todo ou em parte, quando o atraso na entrega dos bens for devidamente justificado pela empresa e aceito pela adquirente, que fixará novo prazo, este improrrogável, para a completa execução das obrigações assumidas.





Cláusula VIII- DA RESCISÃO

8.1 - Constituem motivos para rescisão do presente Contrato:

- 8.1.1 - O não cumprimento de cláusulas do presente Contrato, especificações ou prazos.
- 8.1.2 - O cumprimento irregular de cláusulas do presente Contrato especificações ou prazos.
- 8.1.3 - O atraso injustificado no início de entrega do objeto da licitação.
- 8.1.4 - A paralisação de fornecimento dos materiais ou serviços, sem justa causa e prévia comunicação à Administração.
- 8.1.5 - O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.
- 8.1.6 - A decretação de falência da sociedade ou a insolvência civil da pessoa física registrada em Ata.
- 8.1.7 - A dissolução da sociedade contratada.
- 8.1.8 - A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudiquem a execução do Contrato.
- 8.1.9 - Perda das condições de habilitação, pela contratante, conforme exigido no Edital.
- 8.1.10 - Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o contratante e exaradas em processo administrativo a que se refere o Contrato.
- 8.1.11 - Morte da pessoa física registrada em Ata ou do titular de empresa individual.

Cláusula IX – VALOR DO CONTRATO

9.1 - As partes entre si dão ao presente Contrato o valor global de R\$.....
(.....), para todos os legais e jurídicos efeitos.

Cláusula X - DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 - Fica a Licitante Vencedora ciente de que a assinatura deste presente Contrato indica que tem pleno conhecimento dos elementos nele constantes, bem como de todas as suas condições gerais e peculiares, não podendo invocar nenhum desconhecimento quanto às mesmas, como elemento impeditivo do perfeito cumprimento deste Contrato.

10.2 - Este ajuste, suas alterações e rescisão obedecerão à Lei Federal nº 8.666/93, inclusive com relação aos casos omissos do Edital Pregão Presencial nº 111/2023 e do presente Contrato.

10.3 - Fazem parte integrante deste Contrato, o Edital de Licitação, os anexos e a proposta da licitante vencedora.

10.4 - A Licitante Vencedora reconhece os direitos da Prefeitura do Município de Monte Mor a possibilidade de rescisão administrativa do ajuste, nos casos legais.

Fica eleito o foro do Município de Monte Mor, para dirimir as eventuais controvérsias decorrentes do presente ajuste.

E, por estarem de acordo, foi lavrado o presente instrumento que, lido e achado conforme, vai assinado em 03 (três) vias de igual teor pelas partes, na presença de duas testemunhas abaixo qualificadas.





Nada mais havendo a ser declarado, foi encerrado o Presente Contrato que, após lido e aprovado, será assinado pelas partes.

Prefeitura do Município de Monte Mor – SP, ____ de ____ de 2023.

Edivaldo Antônio Brischi
Prefeito
(Contratante)

Razão social da empresa
Nome do representante da empresa
(Contratada)

Procurador Jurídico
Mário Cézar Franco Junior

TESTEMUNHAS:





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO XII – DECLARAÇÃO DOS MATERIAIS OFERTADOS

DECLARAÇÃO

Eu,(nome)....., portador do CPF nº..... E Rg.º..... Representante legal da empresa, interessada em participar no Processo Licitatório Pregão Presencial nº 111/2023, da PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR, DECLARO, nos termos do subitem 6.1.4.3, e sob as penas da Lei, que os materiais entregues atendem a todas as normas legais vigentes e que disponibilizaremos pessoal, na quantidade necessária, para a entrega dos materiais.

....., de de

Assinatura do Representante Legal
(Carimbo CNPJ da Empresa)





PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

ANEXO XIII – TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE::

CONTRATADA: _____;

CONTRATO Nº (DE ORIGEM): XX/2023;

LICITAÇÃO:

PREGÃO PRESENCIAL: 111/2023;

PROCESSO: 9941/2023;

OBJETO: _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das e manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

xxx/SP, ____ de _____ de 2023.





Autoridade Máxima do Órgão/Entidade:

Nome:

Telefone:

E-mail Institucional:

Assinatura: _____

Responsáveis pela Homologação do Certame ou Ratificação da Dispensa/Inexigibilidade de Licitação:

Nome:

Cargo:

Telefone:

E-mail Institucional:

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o Ajuste:

Pelo Contratante:

Nome: _____;

Cargo: _____;

Telefone: _____

E-mail Institucional: _____

Assinatura: _____

Pela Contratada:

Nome: _____;

Cargo: _____;

Telefone: _____

E-mail Institucional: _____;

E-mail pessoal: _____;

Assinatura: _____

Ordenador de Despesas da Contratante:

Nome:

Cargo:

Telefone:

E-mail Institucional:

Assinatura: _____

Gestor(es) do Contrato:

Nome: _____;

Cargo: _____;

Telefone: _____

E-mail Institucional: _____

Assinatura: _____



Edivaldo Antônio Brischi, Prefeito Municipal de Monte Mor, AUTORIZA a publicação do Edital Resumido da Reabertura Pregão Presencial nº 111/2023, como segue:

REABERTURA EDITAL RESUMIDO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023

Edivaldo Antônio Brischi, Prefeito de Monte Mor, torna público para conhecimento de todos os que possam interessar, que se encontra aberto o Pregão Presencial nº 111/2023 que visa a **“Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”**.

Os envelopes habilitação e proposta de preços, serão recebidos no dia **05 de setembro de 2023 às 09:00 horas**, no Paço Municipal, sito à Rua Francisco Glicério, nº 399, cuja abertura está programada para a mesma data, no mesmo horário. O Edital poderá ser lido e obtido no endereço acima, no horário das 08:00 às 16:00 horas, ou pelo nosso site gratuitamente www.montemor.sp.gov.br ou email: layza.bertoldo@montemor.sp.gov.br – Portal da Transparência – Licitações – Download de Editais.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.

Edivaldo Antônio Brischi – Prefeito Municipal



Sua conexão com o futuro.

- 1 - Atestamos a transmissão deste arquivo, reiterando a responsabilidade integral do publicante quanto ao seu conteúdo;
- 2 - Sua publicação fica condicionada ao atendimento das normas de publicação dos cadernos do Diário Oficial.

As seguintes publicações foram recebidas com sucesso:

Comprovante de recebimento n. 4778012

Nome do Publicante: MUNICIPIO DE MONTE MOR

Nome do usuário: VANESSA FERREIRA DE SOUZA SILVA

CPF do usuário: 42837808806

Data de Recebimento: 18/08/2023 16:21:51

Caderno: Executivo I

Secao: Prefeitura Municipal de Monte Mor

Tipo de Materia: Aviso de licitacao

Arquivo: 389-2023 - Reabertura edital PP 111-2023.txt

Tamanho: 1 KB

Hash MD5: 3C6BCF43FFFB7BC743BE2170AFE1876D

Retranca: E1.WNMA.177.012.VanessaFdSS.txt

Sobrescrito: Nao.

MONTE AZUL PAULISTA**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE AZUL PAULISTA****RETIFICAÇÃO DE EXTRATO DE PRORROGAÇÃO CONTRATUAL**

3º Termo Aditivo de Prorrogação Contratual
TOMADA DE PREÇO Nº 020/2022
Processo de Compras nº 087/2022
Contrato nº 056/2022
NA EDIÇÃO DO DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO CADENHO MUNICÍPIOS ONDE SE LÊ: 12 (doze) de fevereiro de 2023
LEIA - SE 12 (doze) de fevereiro de 2024
Monte Azul Paulista - SP, 18 de agosto de 2023.
Marcelo Otaviano Dos Santos - Prefeito do Município.

MONTE MOR**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR**

Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito do Município de Monte Mor, Estado de São Paulo, torna público, para conhecimento de quantos possam interessar Fase de Lances Pregão Presencial nº 116/2023, objeto: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA, PARA EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE FORNECIMENTO E PLANTIO DE GRAMA PARA SEREM INSTALADAS EM DIVERSOS CAMPOS DE FUTEBOL NO MUNICÍPIO DE MONTE MOR, ATRAVÉS DAS EMENDAS PARLAMENTARES IMPOSITIVAS Nº 05/2022, 08/2022, 09/2022, 14/2022 E 19/2022, CONFORME EDITAL E SEUS ANEXOS".

Após análise das Propostas realizadas pela Secretaria solicitante ficam convocadas as empresas classificadas JOSE ALBERTO DIAS DA COSTA JUNIOR, CONVER - CONTRUÇÃO CIVIL EIRELI E BROSS BR OBRAS E SERVIÇOS EIRELI EPP, para Fase de Lances, fica o retorno marcado para o dia que será no dia 24 de agosto de 2023 às 14:00HS. Quais quer dúvidas entrar em contato por e-mail: vanessa.souza@montemorsp.gov.br, Telefone: 3879-9023.

Monte Mor, SP em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
Publicação da decisão de recurso e convocação da 4ª colocada para o Pregão Presencial nº 95/2023. Objeto: "Aquisição de equipamentos permanentes para utilização nas Unidades Básicas de Saúde do São Clemente, São Sebastião e Alto Cústo desta municipalidade-de, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 11".

Após julgamento do recurso ficam INABILITADAS as empresas: AUTOMATIZTA BRASIL SERVICE, GABRIEL AUGUSTO PEREIRA - ME E SPAZIO COMÉRCIO DE PRODUTOS PARA INFORMATICA LTDA, por não atender as exigências do processador da 11ª geração referente ao item 01, estando em desacordo com solicitado no edital, assim DECIDO POR DEFERIR ao RECURSO interposto pela empresa GAO INDUSTRIA E COMÉRCIO ELETRÔNICOS EIRELI, determino o regular prosseguimento do presente processo licitatório.

Fica a 4ª colocada, convocada para negociação e abertura do Envelope Habilitação, qual seja ZUMIGRAM PH COMÉRCIO DE PRODUTOS ELETRÔNICOS - EIRELI - EPP, para comparecer no Paço Municipal e as demais interessadas no dia 25/08/2023 às 09:00 horas, no Salão Nobre desta Prefeitura.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
AVISO DE LICITAÇÃO DESERTA DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 11/2023

Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito Municipal de Monte Mor, faz público para conhecimento de todos, que em observância as disposições constantes no inciso VII do artigo 38 da Lei de Licitações e Contratos, DESERTO o procedimento licitatório PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023, cujo objeto é: "Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 03", abertura do dia 31 de julho 2023, eis que não compareceu nenhuma empresa interessada, sendo, portanto, o certame considerado DESERTO.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
EDITAL RESUMIDO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 128/2023
Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito de Monte Mor, torna público para conhecimento de todos os que possam interessar, que se encontra aberto o Pregão Presencial nº 128/2023 que visa "Aquisição de equipamentos permanentes para utilização nas Unidades Básicas de Saúde do São Clemente, São Sebastião e Alto Cústo desta municipalidade, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 11".

Os envelopes habilitação e proposta de preços, serão recebidos no dia 18 de agosto de 2023 às 09:00 horas, no Paço Municipal, sito à Rua Francisco Glícirio, nº 399, cuja abertura está programada para a mesma data, no mesmo horário.

O Edital poderá ser lido e obtido no endereço acima, no horário das 08:00 às 16:00 horas, ou pelo nosso site gratuitamente www.montemorsp.gov.br ou e-mail: vanessa.souza@montemorsp.gov.br - Portal da Transparência - Editais - 2023.

Monte Mor, SP, em 02 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
ERRATA DA PUBLICAÇÃO TERMO DE CONTRATO 87/2023 DA CARTA CONVITE Nº 07/2023 DO PROCESSO Nº 6667/2023. ONDE SE LÊ - PROCESSO 9160/2023

LEI-A-SE - PROCESSO 6667/2023

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.

Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO DO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 99/2023

Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito Municipal de Monte Mor, faz público para conhecimento de todos, que em observância as disposições constantes no inciso VII do artigo 38 da Lei de Licitações e Contratos, HOMOLOGO o procedimento licitatório PREGÃO ELETRÔNICO Nº 99/2023, cujo objeto é: "Aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que serão adquiridos com recurso financeiro federal recebido por meio da Proposta PIS Nº 11898.9780001/22003, para Secretaria de Saúde desta municipalidade". Ao favor da empresa: EURO RP VEÍCULOS LTDA, Valor Total R\$ 65.500,00 (Sessenta e cinco mil e quinhentos reais), vencedor do item 03.

Decorrido prazo legal e sem a interposição de recursos, considere-se ADJUDICADO o procedimento licitatório PREGÃO ELETRÔNICO Nº 99/2023, cujo objeto é: "Aquisição de equipamentos e materiais permanentes, que serão adquiridos com recurso financeiro federal recebido por meio da Proposta PIS Nº 11898.9780001/22003, para Secretaria de Saúde desta municipalidade". Ao favor da empresa: EURO RP VEÍCULOS LTDA, Valor Total R\$ 65.500,00 (Sessenta e cinco mil e quinhentos reais), vencedor do item 03.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 103/2023

Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito Municipal de Monte Mor, faz público para conhecimento de todos, que em observância as disposições constantes no inciso VII do artigo 38 da Lei de Licitações e Contratos, HOMOLOGO o procedimento licitatório PREGÃO PRESENCIAL Nº 103/2023, cujo objeto: "Aquisição de equipamentos permanentes e utensílios médicos-odontológico para atender a demanda do Posto Jardim Paviotti desta municipalidade, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA

nº 05". Ao favor das empresas: ALINE DALDRE BARBERI ME, Valor Total R\$ 115.188,00 (Cento e quinze mil e cento e oitenta e oito reais).

CIRURGICA IZAMED LTDA, Valor Total R\$ 9.000,00 (Nove mil reais).

Decorrido prazo legal e sem a interposição de recursos, considere-se ADJUDICADO o procedimento licitatório PREGÃO PRESENCIAL Nº 103/2023, cujo objeto: "Aquisição de equipamentos permanentes e utensílios médicos-odontológico para atender a demanda do Posto Jardim Paviotti desta municipalidade, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 05". Ao favor das empresas: ALINE DALDRE BARBERI ME, Valor Total R\$ 115.188,00 (Cento e quinze mil e cento e oitenta e oito reais).

CIRURGICA IZAMED LTDA, Valor Total R\$ 9.000,00 (Nove mil reais).

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal
EXTRATO DO TERMO ADITIVO DO CONTRATO Nº 92/2022 - Dispensa de Licitação nº 13/2022, como segue.

EXTRATO DO TERMO ADITIVO Nº 44/2023
Termo Aditivo Nº 44/2023 Contratante: Prefeitura Municipal de Monte Mor.

Objeto "Locação de Imóvel Comercial para Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Social, onde está alocado o CREAS", conforme artigo 24, inciso X, da Lei de Licitações e Contratos nº 8.666/93 e alterações posteriores". Termo aditivo: 44/2023 - CONTRATADA: LOCADOR: SANDRA APARECIDA CANESIN QUITZUA - LOCADOR: SIDNEI JOSE QUITZUA - VALOR DO CONTRATO R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais).

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito

EXTRATO DO TERMO ADITIVO DA CARTA CONVITE Nº 06/2022.

EDITAL: Carta Convite nº 06/2022. Contratante: Prefeitura Municipal de Monte Mor.
Objeto: "Contratação de empresa com o objetivo fixar critérios, metodologia, atividades e resultados serem obtidos com o desenvolvimento do Plano Diretor de Saneamento Rural do Município de Monte Mor, e outras especificações contidas na referida CARTA CONVITE Nº 06/2022", que integram este termo independentemente de transição, para todos os efeitos legais. Termo Aditivo nº 47/2023 - Contrato nº 98/2022 - Carta Convite nº 06/2022. Empresa: PROESPLAN ENGENHARIA LTDA. Renovação somente de prazo de 100 (cem) dias, com vencimento em 28 de outubro de 2023.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito

EXTRATO DE CONTRATO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 113/2023.
EDITAL: PREGÃO PRESENCIAL Nº 113/2023 - CONTRATO Nº 85/2023. Contratante: Prefeitura Municipal de Monte Mor. Objeto: "Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para fisioterapia para atender demanda da Área de Saúde desta municipalidade, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 03". Conforme especificações do Edital, seus anexos e proposta da LICITANTE VENCEDORA. Contratada: GELMED MOVES E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES EIRELI.

VALOR DO CONTRATO: RRS 37.052,00 (Trinta e sete mil e cinquenta e dois reais)

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal

EXTRATO DE CONTRATO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 113/2023.

EDITAL: PREGÃO PRESENCIAL Nº 113/2023 - CONTRATO Nº 86/2023. Contratante: Prefeitura Municipal de Monte Mor. Objeto: "Aquisição de equipamentos e materiais permanentes para fisioterapia para atender demanda da Área de Saúde desta municipalidade, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 03". Conforme especificações do Edital, seus anexos e proposta da LICITANTE VENCEDORA. Contratada: EBS COMERCIAL EIRELI.

VALOR DO CONTRATO: R\$ 21.604,00 (Vinte um mil seiscientos e quatro reais).

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal

REABERTURA EDITAL RESUMIDO DO PREGÃO PRESENCIAL Nº 11/2023
Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito de Monte Mor, torna público para conhecimento de todos os que possam interessar, que se encontra aberto o Pregão Presencial nº 11/2023 que visa a "Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA Nº 03".

Os envelopes habilitação e proposta de preços, serão recebidos no dia 05 de setembro de 2023 às 09:00 horas, no Paço Municipal, sito à Rua Francisco Glícirio, nº 399, cuja abertura está programada para a mesma data, no mesmo horário. O Edital poderá ser lido e obtido no endereço acima, no horário das 08:00 às 16:00 horas, ou pelo nosso site gratuitamente www.montemorsp.gov.br ou e-mail: layza.bertholdo@montemorsp.gov.br - Portal da Transparência - Licitações - Download de Editais.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.
Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal

EDITAL RESUMIDO DO RETIFICADO PREGÃO PRESENCIAL Nº 114/2023

Edvaldo Antônio Brisch, Prefeito de Monte Mor, torna público para conhecimento de todos os que possam interessar, que se encontra aberto o Pregão Presencial Retificado nº 114/2023 que visa a "Registro de preços para o fornecimento parcelado de Medicamentos de Ordem Judicial e outras, pelo período de 12 meses, aplicando-se o desconto da Tabela CMED/ANVISA, para atender a demanda da Secretaria Municipal de Saúde desta municipalidade, pelo período de 12 (doze) meses".

Os envelopes habilitação e proposta de preços, serão recebidos no dia 06 de agosto de 2023 às 09:00 horas, no Paço Municipal, sito à Rua Francisco Glícirio, nº 399, cuja abertura está programada para a mesma data, no mesmo horário.

O Edital poderá ser lido e obtido no endereço acima, no horário das 08:00 às 16:00 horas, ou pelo nosso site gratuitamente www.montemorsp.gov.br ou e-mail: layza.bertholdo@montemorsp.gov.br - Portal da Transparência - Licitações - Download de Editais.

Monte Mor, SP, em 18 de agosto de 2023.

Edvaldo Antônio Brisch - Prefeito Municipal

NHANDEARA**PREFEITURA MUNICIPAL DE NHANDEARA**

COMUNICADO DE SUSPENSÃO
PREGÃO ELETRÔNICO Nº 025/2023 - PROCESSO Nº 2434/2023 Município de Nhandeara comunica a todos os interessados a suspensão, por prazo indeterminado, da licitação na modalidade Pregão Eletrônico nº 025/2023, Processo nº 2434/2023 (que tem por objeto a aquisição de playground infantil). Nhandeara-SP, 18 de agosto de 2023. - José Adalto Borini - Prefeito Municipal.

EXTRATO DO 1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 041/2023

CONTRATANTE: Município de Nhandeara - CONTRATADA: LOBO NOROESTE CONSTRUÇÕES LTDA - OBJETO: 1º Termo aditivo ao Contrato nº 041/2023, visando alterações quantitativas e qualitativas, resultante da Tomada de Preços nº 002/2023, visando uma melhor adequação técnica. Valor: R\$ 84.697,56. - ASSINATURA: 10/08/2023.

NOVA CAMPINA**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CAMPINA**

Aviso de Licitação
A PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CAMPINA Torna Público que se encontra aberta a Licitação, na Modalidade PREGÃO ELETRÔNICO RP-Tipo Menor Preço Por ITEM, tendo como Objeto: AQUISIÇÃO DE VEÍCULOS TIPO HATCH, conforme melhor especificado no Edital do Pregão Eletrônico RP nº. 058/2023 - Proc. Adm. nº. 3051/2023. Data e horário do recebimento das propostas: até às 09:00:00 horas do dia 01/09/2023. Data e horário do início da disputa: 09:00:01 horas do dia 01/09/2023; após as 09:00:01 horas do dia 01/09/2023, a licitação será integralmente disponível no Endereço Eletrônico <https://www.novacampinasp.sp.gov.br> e <https://www.novabmmnet.com.br>, ou outras informações por meio do Fone (15) 3535-6100 - Sessão de Licitações.

NOVA EUROPA**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA EUROPA**

COMUNICADO Nº 183/2023
TOMADA DE PREÇOS Nº 19/2023
EDITAL Nº 80/2023

A Comissão Permanente de Licitações da Prefeitura Municipal de Nova Europa, Estado de São Paulo, COMUNICA que, acha-se aberta nesta Prefeitura a Tomada de Preços nº 19/2023, instalada pelo Edital nº 80/2023 de 18 de Agosto de 2023, cujo objeto é a CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA A PREPARAÇÃO DO SOLO E PLANTIO DE GRAMA NA PRAÇA CENTRAL CARLOS LEONCIO MAGALHÃES, com encerramento previsto para as 09 horas de 11 de Setembro de 2023. O instrumento convocatório e seus anexos poderão ser retirados ou consultados no Paço Municipal, na Rua Osvaldo Pongetti, nº 195 - Jardim Primavera, de segunda à sexta-feira das 08h00min às 12h00min e das 13h00min às 17h00min. Informações podem ser obtidas através do telefone (16) 3387-9411 ou através do e-mail: licitacoes@novaueuropa.sp.gov.br ou compras@novaueuropa.sp.gov.br.

Nova Europa, aos 18 de Agosto de 2023.
GILNEI DE FREITAS
Presidente Comissão Permanente de Licitações

NOVA LUZITÂNIA**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA LUZITÂNIA**

EXTRATO DE PREGÃO PRESENCIAL Nº 008/2023
Encontra-se aberta na Prefeitura Municipal de Nova Luzitânia (SP), Procedimento Licitatório na modalidade PREGÃO PRESENCIAL Nº 008/2023, objetivando a aquisição de um veículo tipo SUV, 0 km; Edital nº. 032/2023; Processo nº. 1233/2023. Fica determinado o dia 06 de setembro de 2023, às 13h30min, para recebimento dos envelopes documentação e proposta comercial, na forma do Edital. O Edital poderá ser retirado junto ao site www.novaluzitania.sp.gov.br, ou pelo Setor de Licitação, sito à Rua Pedro Pereira Dias, nº 1.773 - Centro - Nova Luzitânia (SP), e-mail: licitacao@novaluzitania.sp.gov.br. Maiores informações poderão ser obtidas pelo telefone (17) 3483 9200 e 3483 9204. Nova Luzitânia (SP), 18 de agosto de 2023. MIGUEL JOSÉ ARAÚJO JÚNIOR - Prefeito Municipal

NOVA ODESSA**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA ODESSA**

AVISO DE RETIFICAÇÃO DE EDITAL - PREGÃO PRESENCIAL 30/2023

A cláusula (f.4) do Edital Pregão 30/2023, onde se lê (f.4): "Comprovação de que detém licença de instalação, licença de operação, CADRI, autorização de descarte emitida pelo órgão receptor dos efluentes e cadastro junto a Vigilância Sanitária do local da sede da empresa." (exigência aplicável em relação ao Lote 07) leia-se: f.4): "Comprovação de que detém licença de instalação, licença de operação, CADRI, autorização de descarte emitida pelo órgão receptor dos efluentes e cadastro junto a Vigilância Sanitária do local da sede da empresa." (exigência aplicável em relação ao Lote 06); as demais cláusulas ficam inalteradas e mantida a data do edital 30/2023.

Nova Odessa, 18 de agosto de 2023.
RENAN APARECIDO ALVES DOS REIS
SECRETÁRIO DE ESPORTES, CULTURA E TURISMO

OCAUCU**PREFEITURA MUNICIPAL DE OCAUCU**

A Prefeitura de Ocaucu, torna público o Edital do Pregão Presencial 028/2023, tendo como objeto: ATA DE REGISTRO DE PREÇOS OBJETIVANDO A AQUISIÇÃO PARCELADA DE MOBILIA ESCOLAR, ATA DE REGISTRO DE PREÇOS OBJETIVANDO A AQUISIÇÃO PARCELADA DE MOBILIA ESCOLAR, UTENSÍLIO DE COZINHA E KIT DE MATERIAL ESPORTIVO (ADQUIRIDOS P/ POR MEIO DO PLAN-PLANO DE AÇÕES ARTICULADAS DO MEC PARA A PROINFANCIA EMEI Profª ELOYDE RODRIGUES CALDEIRA ATRAVÉS DE PLANEJAMENTO DO MUNICÍPIO EM CONJUNTO C/ MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO) OUTROS PÉRIODO DE 12 MESES, conforme descrição detalhada no anexo II. Realização 05/09/2023 às 09:00 HORAS. Maiores informações no site: www.oacau.gov.br ou pelos telefones: (14) 3475-1516 / (14) 3475-1204. Ocaucu, 18 de agosto de 2023. JOÃO BENEDITO COSTA E SILVA - PREFEITO

OLÍMPIA**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLÍMPIA**

Termos de Ratificação
Rubens Antônio Gianotto, Secretário Municipal de Agricultura, Comércio e Indústria da Estância Turística de Olímpia/SP, Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais, RESOLVE: Fica RATIFICADA a Inexigibilidade de Licitação nº 31/2023, para locação de estande para exposição do município de Olímpia na Feira do Empreendedor 2023, ao SERVIÇO DE APOIO AS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SÃO PAULO, CNPJ 15.818.978/0001-10, estabelecida na Rua Dr. Presciliano Pinto, nº 3.184, Jardim Alto Rio Preto, CEP: 15.020.000, na cidade de São José do Rio Preto/SP, reconhecendo a Inexigibilidade de Licitação, nos termos do Artigo 25, caput da Lei 8.666/93 e suas alterações. Prefeitura Municipal de Olímpia, 17 de agosto de 2023. Rubens Antônio Gianotto - Secretário Municipal de Agricultura, Comércio e Indústria

Gilberto Tonelli Cunha, Secretário Municipal de Obras, Engenharia e Infraestrutura do município de Olímpia/SP, no uso de suas atribuições legais, RESOLVE: Fica RATIFICADA a Dispensa de Licitação nº 50/2023, referente à contratação de empresa especializada para Revisão do Plano Diretor, elaboração de Anteprojeto para Infraestrutura e Edificações, Análise Técnica dos Projetos de Pavimentação e Saneamento Ambiental do Aeroporto de Infraestrutura AEROPORTUÁRIA - INFRAERO, inscrita no CNPJ: 00.352.294/0001-10, situada à Estrada Parque Aeroporto, Setor de Concessionárias e Locadoras, Lote 05, CEP: 71.608-000, na cidade de Brasília - Distrito Federal, reconhecendo a

Dispensa de Licitação, nos termos do Artigo 24, Inciso VIII, da Lei 8.666/93 e suas alterações. Prefeitura Municipal de Olímpia, 18 de agosto de 2023. Gilberto Tonelli Cunha - Secretário Municipal de Obras, Engenharia e Infraestrutura

Aviões de Licitação

Pregão Eletrônico para Registro de Preços nº 317/2023 - Exclusivo "ME" e "EPP"

Objeto: Aquisição de materiais laboratoriais e reagentes para atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Olímpia/SP. Recebimento das propostas até dia 01/09/2023 às 08h30. Disputa às 09h do dia 01/09/2023.

Pregão Eletrônico nº 318/2023 - Exclusivo "ME" e "EPP"

Objeto: Aquisição de materiais para atividades físicas para atender as necessidades da Associação da Saúde do Município de Olímpia/SP. Recebimento das propostas até dia 01/09/2023 às 08h30. Disputa às 09h do dia 01/09/2023.

Tel: (17) 3279-3274. Site: <https://licita.olimpia.sp.gov.br>
br8095. Olímpia, 18 de agosto de 2023. Graziela de Souza Mendes - Diretora da Divisão de Suprimentos

ORIENTE**PREFEITURA MUNICIPAL DE ORIENTE**

AVISO DE LICITAÇÃO PREGÃO PRESENCIAL PARA REGISTRO DE PREÇOS Nº 008/2023 - PROCESSO LICITATÓRIO Nº 061/2023 (RESUMIDO). Objeto: REGISTRO DE PREÇOS PARA FUTURA E EVENTUAL FORNECIMENTO DE OXIGÊNIO MEDICINAL E LOCAÇÃO DE CONCENTRADORES DE OXIGÊNIO PARA ATENDER A DEMANDA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ORIENTE - SP, PELO PERÍODO DE 12 MESES, Abertura: 05/09/2023, às 10h. TIPO DE LICITAÇÃO: Menor Preço por item. O edital e seus anexos encontram-se disponíveis no Depto de Licitação, no Paço Municipal, localizado na Rua Thomaz Martins Parra nº. 80 - Oriente (SP), de segunda a sexta-feira, das 08h00min às 16h00min ou através do telefone (0XX14) 3456-2043, de segunda a sexta-feira, no site www.oriente.sp.gov.br

ORIENTE/SP, 18 de agosto de 2023.
GERALDO MATHEUS MORIS
Prefeito Municipal

ORLÂNDIA**PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA**

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA, através do Senhor Prefeito Sérgio Augusto Bordin Junior, faz público que, em atendimento ao disposto no art. 26 da Lei 8.666/93, fica RATIFICADA a DISPENSA DE LICITAÇÃO 14/2023 - Artigo 24, inciso II, da Lei Federal nº. 8.666/93, pelo valor total de R\$ 17.300,00 (dezessete mil e trezentos reais), conforme proposta apresentada pela empresa ACAS DAVES CONSULTORIA E TREINAMENTOS LTDA ME, CNPJ Nº 45.296.165/0001-90, OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM CORREÇÃO E TRATAMENTO DE PEGAS PARA MIGRAÇÃO AO AMBIENTE DE PRODUÇÃO COM SEUS RESPECTIVOS EVENTOS PARA PLATAFORMA GOVERNAMENTAL DO E-SOIAL, NA COMPETÊNCIA DE 2022, DATA DA RATIFICAÇÃO: 18/08/2023, OrLândia, 18 de Agosto de 2023. SÉRGIO AUGUSTO BORDIN JÚNIOR - Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que, foi SUSPENSA a abertura da sessão da TOMADA DE PREÇO 09/2023, cujo objeto é a CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM ENGENHARIA PARA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E MELHORIAS DA PISCINA E ÁREAS ADJACENTES, SITUADAS NO PARQUE "CYRO ARMANDO CATTI PEREIRA", COM RECURSOS ADVINDOS DA SECRETARIA DE TURISMO DO ESTADO DE SÃO PAULO - CONVENIO 57/DADETUR Nº 236/2022, que ocorreria em 01/09/2023 às 08:30 horas. Motivo: retificação do edital. Ao seguinte: será designada nova data de abertura para o certame e dada devida publicidade. OrLândia, 18 de Agosto de 2023. SÉRGIO AUGUSTO BORDIN JÚNIOR - Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que, foi SUSPENSA a abertura da sessão do PREGÃO ELETRÔNICO 127/2023, cujo objeto é a REGISTRO DE PREÇO PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA ATENDER AÇÕES JUDICIAIS, que ocorreria em 28/08/2023 às 08:30 horas. Motivo: retificação do edital. Ao seguinte: será designada nova data de abertura para o certame e dada devida publicidade. OrLândia, 18 de Agosto de 2023. SÉRGIO AUGUSTO BORDIN JÚNIOR - Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que, foi SUSPENSA a abertura da sessão do PREGÃO ELETRÔNICO 118/2023, cujo objeto é a AQUISIÇÃO DE MESA GINECOLÓGICA ELÉTRICA A SER UTILIZADA NOS EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA REALIZADOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE I LOCALIZADA NO MINI HOSPITAL AMÉRICO ALVES, que ocorreria em 28/08/2023 às 08:30 horas. Motivo: retificação do edital. Ao seguinte: será designada nova data de abertura para o certame e dada devida publicidade. OrLândia, 18 de Agosto de 2023. SÉRGIO AUGUSTO BORDIN JÚNIOR - Prefeito Municipal.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE ORLÂNDIA faz público que, foi SUSPENSA a abertura da sessão da TOMADA DE PREÇO 10/2023, cujo objeto é a CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM ENGENHARIA PARA EXECUÇÃO DA OBRA DE REABILITAÇÃO E MELHORIAS NA PRAÇA HOMERO VIEIRA "ESPELHO D'ÁGUA" NO MUNICÍPIO DE ORLÂNDIA, COM RECURSOS ADVINDOS DA SECRETARIA DE TURISMO E VIAJENS - CONVENIO 165/2021, que ocorreria em 05/09/2023 às 08:30 horas. Motivo: retificação do edital. Ao seguinte: será designada nova data de abertura para o certame e dada devida publicidade. OrLândia, 18 de Agosto de 2023. SÉRGIO AUGUSTO BORDIN JÚNIOR - Prefeito Municipal.

OSASCO**PREFEITURA MUNICIPAL DE OSASCO**

AVISO DE ADIAMENTO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 068/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 08.404/2023 - SECRETARIA DE EDUCAÇÃO - OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM HIDROTERAPIA SOB A RESPONSABILIDADE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, PARA ATENDIMENTO DOS ALUNOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA, INTELLECTUAL, SENSORIAL E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA, REGULARMENTE MATRICULADOS NA REDE MUNICIPAL DE ENSINO, conforme Especificações e Condições constantes do Edital e seus Anexos, fica adiada a data DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA, para o dia 01/09/2023 às 10h00min, que estará à disposição dos interessados nos sítios: www.comprasnet.gov.br e www.transparencia.osasco.sp.gov.br - Envio das Propostas de Preços pelo site www.comprasnet.gov.br com DATA DO INÍCIO DO PRAZOPARA ENVIAR DA PROPOSTA ELETRÔNICA: 21/08/2023 e DATA E HORA DA ABERTURA DA SESSÃO PÚBLICA: 01/09/2023 às 10h00min.

Osasco, 16 de agosto de 2023
Meire Regina Fernandes
Secretaria Executiva de Compras e Licitações
AVISO DE ABERTURA DE LICITAÇÃO PREGÃO ELETRÔNICO Nº 070/2023
PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 11.815/2023 - PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSASCO - OBJETO: REGISTRO DE PREÇOS PARA FORNECIMENTO DE VEICULADOS, conforme Especificações e Condições constantes do Edital e seus Anexos que estará à disposição dos interessados nos sítios: www.comprasnet.gov.br e www.transparencia.osasco.sp.gov.br - Envio das Propostas



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR
PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 CONTRATO Nº 118/2023

INTERESSADO: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE MONTE MOR

Aos 12 dias do mês de setembro do ano de 2023, na cidade de Monte Mor, Estado de São Paulo, autorizado pelo processo de PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023, foi expedida a presente contrato, de acordo com o disposto no inciso II do artigo 15 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações, da Lei complementar nº 123 de 14 de dezembro de 2006, atualizada pela Lei Complementar nº 147, de 07 de agosto de 2014, e pelo Decreto Municipal nº 4.800 de 01/02/2018 que conjuntamente com as condições adiante estipuladas, regem o relacionamento entre a Prefeitura do Município de Monte Mor e a Licitante Vencedora. **CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.**

A Prefeitura do Município de Monte Mor, com sede na Rua Francisco Glicério, nº.399 – Centro, Monte Mor – SP, inscrita no CNPJ sob o nº.45.787.652/0001-56 e Inscrição Estadual Isenta, devidamente representada neste ato pelo Prefeito do Município Srº Edivaldo Brischi, e a empresa Clínica Veterinária Ricardo Ltda, com sede na cidade de Mairinque, Estado São Paulo, na Rua Idaco Bertolini, nº 578, Vila Sorocabana, inscrita no CNPJ sob o nº 06.276.996/0001-49, E-mail cvetricardo1@gmail.com, Telefone (11) 2222-0554, neste ato representada por seu sócio (a)procurador, Gisele Duarte Zangrossi Souza, Brasileira, Casada, Empresária, portador do RG nº. 17.917.977-9 e do CPF nº 088.892.668-56, residente e domiciliado na Rua Roque Godinho, nº 297, Bairro Jd. Brasília, na Cidade de Mairinque, Estado de São Paulo, acordam proceder, nos termos do Decreto Federal nº 3.931/2001 e alterações, conforme cláusulas à seguir:

Cláusula I - DO OBJETO

1.1- Constitui o objeto do presente **“Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”**, conforme especificações do Edital, seus anexos e proposta da LICITANTE VENCEDORA.





Item	Quant. (estimada)	Unid.	Descrição	VL. UNIT (estimado)	VL. TOTAL (estimado)
1	580	Serviço	Realizar procedimentos de CASTRAÇÃO, (cirurgia de esterilização para fêmeas ovariosalpingohisterectomia (OSH) e para machos orquiectomia) em Caninos e Felinos de ambos os sexos, e implantação de MICROCHIP em CANINOS e FELINOS, com fornecimento de materiais. O procedimento deve ser realizado pela Licitante vencedora no centro do Bem Estar Animal e ficará responsável pelo abastecimento dos materiais e insumos necessários para realização das castrações e microchipagem. A Licitante vencedora deverá orientar os tutores com relação aos riscos anestésicos inerentes aos procedimentos cirúrgicos. Procedimentos cirúrgicos (anestesia geral, técnicas de antisepsia nos animais, material cirúrgico higienizado, esterilizado e de uso individual para cada procedimento, cirurgião e auxiliar devidamente paramentados com gorro, máscara, roupa cirúrgica ou avental específico, luvas cirúrgicas esterilizadas). É obrigatório a ministração da medicação prévia adequada à espécie e porte (sedação e anestésico), de forma que o procedimento seja seguro e indolor, bem como fazer tricotomia anatômica prévia e assepsia adequada do local onde será realizado o acesso cirúrgico.	R\$ 199,10	R\$ 115.478,00
			Ao final da cirurgia deverá ser realizada bandagem, aplicação de analgésico, anti-inflamatório e antibiótico, orientação dos cuidados pós-cirúrgicos (colar protetor, roupa cirúrgica,		





		repouso, administração de medicação prescrita), além de emitir receita médica veterinária com as medicações prescritas para uso no período de recuperação, conforme avaliação do médico veterinário. Todos os animais que forem submetidos aos procedimentos de castração realizados pela Licitante vencedora, deverão ser microchipados com transponder de código exclusivo e inalterável, encapsulado em vidro cirúrgico e com dispositivo antimigratório, para a identificação eletrônica dos mesmos. Cada microchip deve ser acompanhado de uma ficha (RGA), que deverá ser entregue ao responsável do animal com a respectiva numeração. Uma cópia do mesmo número deve ser anexada ao prontuário clínico do animal. Os animais que forem submetidos aos procedimentos cirúrgicos deverão ser transportados pelo tutor do animal. Os serviços serão disponibilizados gratuitamente aos munícipes que comprovarem situação de hipossuficiência econômica, através do sistema CadÚnico.		
Valor Total:				R\$ 115.478,00
Valor Total por Extenso: Cento e quinze mil, quatrocentos e setenta e oito reais.				

1.2- Este instrumento de registro de preços não obriga a Administração a firmar as contratações com a fornecedora, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios, assegurados, nesta hipótese, a preferência do beneficiário do registro em igualdade de condições, nos termos do parágrafo quarto, artigo 15 da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

1.3 – O registro de preços poderá ser suspenso ou cancelado no interesse da Administração e nas hipóteses dos artigos 77 e 78 , da Lei Federal nº 8.666/93, ou a pedido justificado do interessado e aceito pela Administração.

1.4 – A LICITANTE VENCEDORA deverá manter enquanto vigorar o registro de preços e em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023.





1.5. - Integrarão o Contrato, como partes indissociáveis, a proposta apresentada pela adjudicatária bem como o edital e seus anexos.

Cláusula II – DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

2.1- O preço total do objeto deste Contrato é o apresentado na proposta da LICITANTE VENCEDORA, no valor de: **R\$ 115.478,00 (cento e quinze mil e quatrocentos e setenta e oito reais).**

2.2. – O valor global, incluem todas as despesas diretas e indiretas da prestação de serviços, materiais e equipamentos necessários, bem como encargos sociais e trabalhistas, transportes, seguros, benefícios, liquidação de responsabilidades por acidentes de trabalho ou que causem danos ou prejuízos ao Município ou a terceiros por motivo de dolo, negligência, imprudência ou imperícia da contratada, de seus prepostos ou funcionários.

2.3 – As despesas do Presente Contrato onerarão os recursos as dotações orçamentárias do orçamento vigente sob os n°s: N° 02.05.06.10.304.2061.1350.3.3.90.39.8.303.000 – Ficha 1458 – Outros Serviços de Terceiros.

2.4 - As despesas a serem realizadas nos exercícios financeiros subsequentes onerarão as dotações específicas previstas nos respectivos orçamentos.

2.5 - Fica declarado que o preço registrado no presente Contrato pelo prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de sua assinatura.

Cláusula III – DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

3.1. - O pagamento será efetuado em até 28 (vinte e oito) dias da emissão da nota fiscal acompanhada da respectiva medição, e após a emissão da Ordem de Pagamento emitido pelo departamento de compras da prefeitura, através da manifestação favorável do servidor responsável, mediante atestado na nota fiscal e medição comprovando o recebimento do objeto da licitação, ficando assegurado a Contratante o prazo máximo de até 05 (cinco) dias para a emissão de tal manifestação.

3.2 - Havendo erro na nota fiscal e/ou fatura ou descumprimento das condições pactuadas, a tramitação da nota fiscal e/ou fatura será suspensa para que a Contratada adote as providências necessárias a sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data da reapresentação da fatura, devidamente corrigida.

3.3. - Quaisquer pagamentos não isentarão a Licitante Vencedora das responsabilidades do Sistema de Registro de Preços.

Cláusula IV - DOS PRAZOS, DAS CONDIÇÕES E DO LOCAL DE ENTREGA

4.1. – Os materiais deverão ser entregues no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de emissão do Pedido de Compras.

4.2 – A empresa vencedora deverá atender rigorosamente os prazos e quantidades determinados para a entrega do objeto deste certame que deverá ocorrer nos locais determinados pela





Prefeitura do Município de Monte Mor, correndo por conta da contratada todas as despesas de execução da presente licitação, tais como: transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários e todos os demais custos que poderão advir na execução do contrato.

4.3- A prestação dos serviços objeto da presente licitação será conferido pelo departamento responsável da PREFEITURA DO MUNICÍPIO, através de atestado de execução dos serviços.

4.4 – O objeto desta licitação deverá atender todas as condições e normas legais vigentes.

4.5 - Caso os serviços e materiais não correspondam ao exigido no instrumento convocatório, a licitante deverá providenciar no prazo máximo de até 03 (três) dias úteis, contados da data de notificação expedida pela contratante, a sua adequação ou substituição, visando o atendimento das especificações, sem prejuízo da incidência das sanções previstas no instrumento convocatório, na Lei nº 8.666/93 e na legislação pertinente.

Cláusula V - DO PRAZO

5.1. - O prazo de validade do Contrato será de 90 (noventa) dias.

Cláusula VI - DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

6.1. São obrigações da Prefeitura:

6.1.1. Fiscalizar e acompanhar a entrega do objeto licitado. Responsável: Angelita Duarte Tancredo – CPF: 284.218.858-63.

6.1.2. Efetuar o pagamento ajustado, das notas fiscais, devidamente atestadas pelo setor competente.

6.2. São Obrigações da LICITANTE VENCEDORA:

6.2.1. Fornecer o objeto deste Contrato de acordo com as especificações e demais condições do presente Contrato e ainda, as constantes no Edital de Licitação e seus anexos.

6.2.2. Manter, durante toda a execução do Contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas e todas as condições de habitação e qualificação exigidas na licitação.

6.2.3. Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações fiscais e tributárias decorrentes do presente Contrato.

6.2.4. Providenciar a imediata correção de deficiências e/ou irregularidades apontadas pela Prefeitura do Município de Monte Mor.

6.2.5. Arcar com eventuais prejuízos causados a Prefeitura do Município de Monte Mor e/ou terceiros, provocados por ineficiência ou irregularidade, cometida no presente Contrato.

6.2.6. Aceitar, nas mesmas condições avençadas no presente Contrato, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas compras, respeitados os limites legais, conforme dispõe o parágrafo 1º, do artigo 65, da Lei 8.666/93.

Cláusula VII - DAS SANÇÕES





7.1 – O atraso ou o descumprimento das obrigações assumidas no presente Contrato permitirão a aplicação das seguintes sanções pela Prefeitura:

7.2.1 - advertência, que será aplicada sempre por escrito.

7.2.2 – multas, que serão graduadas, em cada caso, de acordo com a gravidade da infração, observados os seguintes limites:

7.2.2.1 – 0,3% (três décimos por cento) por dia, até o 30º (trigésimo) dia de atraso na entrega do objeto da licitação, sobre o valor do presente Contrato.

7.2.2.2 - 10% (dez por cento) sobre o valor do Contrato, no caso de atraso na entrega do objeto da licitação, superior a 30 (trinta) dias, com o consequente cancelamento do presente Contrato.

7.2.2.3 - O valor máximo das multas não poderá exceder, cumulativamente, a 10% (dez por cento) do valor do presente Contrato.

7.2.2.4 - O valor das multas aplicadas deverá ser recolhido à adquirente no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data da notificação, podendo ainda, ser descontado das Notas Fiscais e/ou Faturas por ocasião do pagamento, ou cobrado judicialmente se julgar conveniente.

7.2.3 - Suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a Prefeitura do Município de Monte Mor.

7.2.4 - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, no prazo não superior a 5 (cinco) anos.

7.3 - As sanções previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas cumulativamente, ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa à Licitante Vencedora, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

7.4 - Nenhuma parte será responsável perante a outra pelos atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito.

7.5 - A sanção de suspensão de participar em licitação e contratar com a Administração Pública poderá ser também aplicada aqueles que:

7.5.1 - Demonstrarem não possuir idoneidade para contratar com a Administração.

7.5.2 - Fizerem declaração falsa ou cometerem fraude fiscal.

7.6. - A critério da Administração poderão ser suspensas as penalidades, no todo ou em parte, quando o atraso na entrega dos bens for devidamente justificado pela empresa e aceito pela adquirente, que fixará novo prazo, este improrrogável, para a completa execução das obrigações assumidas.

Cláusula VIII- DA RESCISÃO

8.1 - Constituem motivos para rescisão do presente Contrato:

8.1.1 - O não cumprimento de cláusulas do presente Contrato, especificações ou prazos.

8.1.2 - O cumprimento irregular de cláusulas do presente Contrato especificações ou prazos.

8.1.3 - O atraso injustificado no início de entrega do objeto da licitação.





- 8.1.4 - A paralisação de fornecimento dos materiais ou serviços, sem justa causa e prévia comunicação à Administração.
- 8.1.5 - O desatendimento das determinações regulares da autoridade designada para acompanhar e fiscalizar a sua execução, assim como as de seus superiores.
- 8.1.6 - A decretação de falência da sociedade ou a insolvência civil da pessoa física registrada em Ata.
- 8.1.7 - A dissolução da sociedade contratada.
- 8.1.8 - A alteração social ou a modificação da finalidade ou da estrutura da empresa, que prejudiquem a execução do Contrato.
- 8.1.9 - Perda das condições de habilitação, pela contratante, conforme exigido no Edital.
- 8.1.10 - Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificadas e determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que está subordinado o contratante e exaradas em processo administrativo a que se refere o Contrato.
- 8.1.11 - Morte da pessoa física registrada em Ata ou do titular de empresa individual.

Cláusula IX – VALOR DO CONTRATO

9.1 – As partes entre si dão ao presente Contrato o valor global de **R\$ 115.478,00 (cento e quinze mil e quatrocentos e setenta e oito reais)**., para todos os legais e jurídicos efeitos.

Cláusula X - DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1 - Fica a Licitante Vencedora ciente de que a assinatura deste presente Contrato indica que tem pleno conhecimento dos elementos nele constantes, bem como de todas as suas condições gerais e peculiares, não podendo invocar nenhum desconhecimento quanto às mesmas, como elemento impeditivo do perfeito cumprimento deste Contrato.
- 10.2 - Este ajuste, suas alterações e rescisão obedecerão à Lei Federal nº 8.666/93, inclusive com relação aos casos omissos do Edital Pregão Presencial nº 111/2023 e do presente Contrato.
- 10.3 - Fazem parte integrante deste Contrato, o Edital de Licitação, os anexos e a proposta da licitante vencedora.
- 10.4 - A Licitante Vencedora reconhece os direitos da Prefeitura do Município de Monte Mor a possibilidade de rescisão administrativa do ajuste, nos casos legais.

Fica eleito o foro do Município de Monte Mor, para dirimir as eventuais controvérsias decorrentes do presente ajuste.

E, por estarem de acordo, foi lavrado o presente instrumento que, lido e achado conforme, vai assinado em 03 (três) vias de igual teor pelas partes, na presença de duas testemunhas abaixo qualificadas.





Nada mais havendo a ser declarado, foi encerrado o Presente Contrato que, após lido e aprovado, será assinado pelas partes.

Prefeitura do Município de Monte Mor – SP, 12 de setembro de 2023.

GISELE DUARTE
ZANGROSSI
SOUZA:08889266856

Assinado de forma digital por
GISELE DUARTE ZANGROSSI
SOUZA:08889266856
Dados: 2023.09.12 15:09:30
-03'00'

CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.
Gisele Duarte Zangrossi Souza
Contratada

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
EDIVALDO ANTÔNIO BRISCHI
CONTRATANTE

Dr. Mario Cezar Franco Junior
Procurador Municipal

Eliane Regina Queiroz Piai
Secretário de Saúde

TESTEMUNHAS:

Vanessa F. de S. Silva

Vinícius Freitas da Silva





CPF: 428.378.088-06

CPF: 475.459.748-67

PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR.

CONTRATADO: CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.

TERMO DE CONTRATO Nº 118/2023

OBJETO: “Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”.

ADVOGADO (S)/ Nº OAB: Dr. Mario Cezar Franco Junior, OAB OAB/SP 348462 (*)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;

b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;

c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;

d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:





- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Prefeitura Municipal de Monte Mor, SP, em 12 de setembro de 2023.

GISELE DUARTE
ZANGROSSI
SOUZA:088892668
56

Assinado de forma digital
por GISELE DUARTE
ZANGROSSI
SOUZA:08889266856
Dados: 2023.09.12 15:09:47
+03'00'

CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.
Gisele Duarte Zangrossi Souza
Contratada

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR
EDIVALDO ANTÔNIO BRISCHI
CONTRATANTE

Dr. Mario Cezar Franco Junior
Procurador Municipal

Eliane Regina Queiroz Piai
Secretário de Saúde





Responsáveis que assinaram o ajuste: Pelo CONTRATANTE: **PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR**

Nome: Edivaldo Antonio Brischi

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 105.071.048-70

RG: 16.342.765-3

Data de Nascimento: 11/06/1968

Endereço residencial completo: Rua Afonso Aferri, 1649, em Monte Mor, Estado de São Paulo CEP: 13.190-572.

E-mail institucional: gabinete@montemor.sp.gov.br

Telefone (s) 19-3879-9000

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA: **CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.**

Nome: Gisele Duarte Zangrossi Souza

Cargo: Empresaria

CPF: 088.892.668-56

RG: 17.917.977-9

E-mail institucional: cvetricardo1@gmail.com

E-mail pessoal:

Telefone (s): (11) 2222-0554

Assinatura: _____

Assinado de forma digital por GISELE
DUARTE ZANGROSSI
SOUZA:08889266856
Dados: 2023.09.12 15:10:05 -03'00'

Advogado: (*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.





ANEXO LC-02 - DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

CNPJ Nº: 45.787.652/0001-56

CONTRATADA: CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA.

TERMO DE CONTRATO Nº 118/2023

DATA DA ASSINATURA: 12/09/2023

VIGÊNCIA: 12 (doze) meses

OBJETO: “Contratação de empresa especializada, na prestação de serviços médicos veterinários para castração e chipagem de cães e gatos abandonados ou de famílias que possuam renda mensal de até dois salários mínimos com fornecimento de materiais, conforme EMENDA PARLAMENTAR IMPOSITIVA nº 03”.

VALOR TOTAL R\$ 115.478,00 (cento e quinze mil e quatrocentos e setenta e oito reais).

Declaro (amos), na qualidade de responsável (is) pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

- a) memorial descritivo dos trabalhos e respectivo cronograma físico-financeiro;
- b) orçamento detalhado em planilhas que expressem a composição de todos os seus custos unitários;
- c) previsão de recursos orçamentários que assegurem o pagamento das obrigações decorrentes de obras ou serviços a serem executados no exercício financeiro em curso, de acordo com o respectivo cronograma;
- d) comprovação no Plano Plurianual de que o produto das obras ou serviços foi contemplado em suas metas;
- e) as plantas e projetos de engenharia e arquitetura.

RESPONSÁVEL: Nome: Gisele Duarte Zangrossi Souza

Cargo: Empresaria





GISELE DUARTE ZANGROSSI
SOUZA:08889266856

Assinado de forma digital por GISELE
DUARTE ZANGROSSI
SOUZA:08889266856
Dados: 2023.09.12 15:10:40 -03'00'

Assinatura: _____

RESPONSÁVEL: Nome: EDIVALDO ANTÔNIO BRISCHI.

Cargo: Prefeito Municipal.

Assinatura: _____

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: Edivaldo Antônio Brischi

Cargo: Prefeito

CPF: 105.071.048-70

Assinatura: _____

**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA
DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:**

Nome: Edivaldo Antônio Brischi

Cargo: Prefeito

CPF: 105.071.048-70

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome: Edivaldo Antônio Brischi

CPF: 105.071.048.70

Assinatura: _____





Pela contratada:

Nome: Gisele Duarte Zangrossi Souza

Cargo: Empresaria

CPF: 088.892.668-56

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:

Nome: Eliane Regina Queiroz Piai

Cargo: Secretaria de Saúde

CPF: 122.513.378-57

Assinatura: _____

GESTOR DE CONTRATO:

Nome: Angelita Duarte Tancredo

Cargo: Chefe de Assistência a Saúde

CPF: 284.218.858-63

Assinatura: _____





DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Diretor de Suprimentos

Nome: Vinícius Freitas da Silva

Cargo: Diretor de Suprimentos

CPF: 475.459.748-67

Assinatura: _____

(*)- O Termo de ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. (Inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021).

LOCAL e DATA: Prefeitura do Município de Monte Mor -SP, 12 de setembro de 2023.

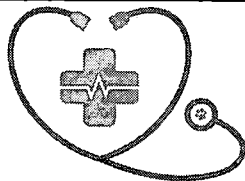




PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRINQUE

18120-000 - LAMARTINE NAVARRO, 514 - CENTRO - MAIRINQUE - SP

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica - NFS-e

CLÍNICA VETERINÁRIA
RICARDO

Número RPS:

Número Nota Fiscal:

2381

Data Emissão:

15/01/2024

Chave:

VJVA-VNOT

CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA

RUA IDACO BERTOLINI, 578 - VILA SOROCABANA - MAIRINQUE - SP

CNPJ/CPF: 06.276.996/0001-49

Inscr. Estadual/RG: 432.086.298.117

Email: ricardo_vet@terra.com.br

Telefone: 011-4718-1789

Inscrição Municipal: 7329

Local do Serviço: 612 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM OUTRO MUNICÍPIO - ISS MENSAL COM RETENÇÃO NA FONTE

Natureza Operação: Prestação de Serviços

Competência: 01/2024

Atividade: 17.05 - Fornecimento de mão-de-obra, mesmo em caráter temporário, inclusive de empregados ou trabalhadores, avulsos ou temporários, contratados pelo prestador de serviço

Dados do Tomador de Serviço

Prefeitura Municipal de Monte Mor

R: Francisco Glicerio, nº 399 - Centro

Monte Mor - SP - CEP: 13190-079

CNPJ/CPF: 45.787.652/0001-56

Inscrição Estadual:

Inscrição Municipal:

E-mail:

End. Cobrança:

Qtd	Un	Discriminação dos Serviços	Valor Unitário	Valor Total
448	UN	Prestação de Serviços de procedimentos de CASTRAÇÃO, (cirurgia de esterilização para fêmeas ovariosalpingohisterectomia (OSH) e para machos orquiectomia) em Caninos e Felinos de ambos os sexos, e implantação de MICROCHIP em CANINOS e FELINOS, com fornecimento de materiais. Conforme contrato Nº118/2023 Pregão Presencial Nº111/2023 Processo: Nº9941/2023 Requisição Nº5369/2023 Pedido Global: 4251/0-2023 Período : 10, 11 e 12 de Janeiro de 2024.	199,10	89.196,80

Observação: BANCO DO BRASIL - AG:0943-1 C/C:824-9 CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA

Total dos Serviços

89.196,80

Total de Deduções

0,00

ISS RETIDO

2,00 %

1.783,94

Total da Nota	RETENÇÕES								Total Líquido
89.196,80	ISS 1.783,94	IRRF 4.281,45	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00	INSS 0,00	OUTROS 0,00		83.131,41

A validação dessa nota pode ser realizada no endereço: <http://www.mairinque.sp.gov.br>

Recortar Aqui

Data Emissão 15/01/2024	RECEBI DA EMPRESA CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA OS SERVIÇOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL ELETRÔNICA	
Número da NF 2381		
Chave VJVA-VNOT		
	Local / Data	Assinatura



CLÍNICA VETERINÁRIA
RICARDO

À
PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTE MOR

A **CLÍNICA VETERINÁRIA RICARDO LTDA**, inscrita no CNPJ nº 06.276.996/0001/49, localizada na Rua Idaco Bertolini, nº 578, Vila Sorocabana – Mairinque/SP, prestadora de serviços em atividades veterinárias na castração de animais (caninos e felinos), conforme Contrato nº 118/2023, PREGÃO PRESENCIAL Nº 111/2023 – PROCESSO Nº 9941/2023 vem apresentar o relatório de castração realizada no município, conforme segue:

Local da castração: Ginásio Bahia Assis Rua Antônio Eunis Martins, Nº 775 - Jardim Paulista CEP: 13198-504					
DATA		10/jan	11/jan	12/jan	Total por espécie
FELINO	Macho	28	26	16	70
	Fêmea	35	31	26	92
CANINO	Macho	36	36	24	96
	Fêmea	43	35	112	190
Total Geral:		448 animais castrados			

Mairinque, 15 de janeiro de 2024.

CLINICA VETERINARIA
RICARDO
LTDA:06276996000149

Assinado de forma digital por
CLINICA VETERINARIA RICARDO
LTDA:06276996000149
Dados: 2024.01.15 16:19:04 -03'00'

Clínica Veterinária Ricardo Ltda.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA
SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Recibo de Entrega da Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais Previdenciários - DCTFWeb

CNPJ/CPF	06.276.996/0001-49
Nome	CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA
Período de apuração	12/2023
Declaração Retificadora	Não
Identificação da apuração de débitos	62087472 / Reinf CP 23485725275 / eSocial

Totalização dos tributos apurados no período

Tributos	Débitos Apurados	Saldo a Pagar
Contribuição Previdenciária Segurados	R\$ 29.384,67	R\$ 0,00
Contribuição Previdenciária Patronal	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Contribuição para Outras Entidades e Fundos	R\$ 0,00	R\$ 0,00
IRRF	R\$ 10.083,67	R\$ 10.083,67
COFINS	R\$ 0,00	R\$ 0,00
PIS	R\$ 0,00	R\$ 0,00
CSRF	R\$ 0,00	R\$ 0,00
COSIRF	R\$ 0,00	R\$ 0,00
TOTAL	R\$ 39.468,34	R\$ 10.083,67

O presente Recibo de Entrega da DCTFWeb contém a transcrição da Ficha Resumo da referida declaração, que constitui confissão de dívida, de forma irretratável, das contribuições declaradas. Fica o declarante ciente de que as contribuições declaradas na DCTFWeb e não pagas serão enviadas para inscrição em Dívida Ativa da União, conforme o disposto no parágrafo 2º do artigo 5º do Decreto-Lei nº 2.124, de 13 de junho de 1984, combinado com a Portaria MF nº 118, de 28 de junho de 1984, estando o declarante sujeito ainda a: 1) inclusão no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), impedindo operações de crédito com recursos públicos, a concessão de incentivos fiscais e financeiros e a celebração de convênios e similares que envolvam desembolso de recursos públicos e respectivos aditamentos (Lei nº 10.522, de 2002); 2) encaminhamento ao Ministério Público Federal de Representação Fiscal para Fins Penais nos casos que, em tese, tenha ocorrido crime contra a ordem tributária ou contra a previdência social, por deixar de recolher, no prazo legal, valor de tributo ou de contribuição social, descontado ou cobrado, na qualidade de sujeito passivo de obrigação e que deveria recolher aos cofres públicos (Lei nº 8.137, de 1990 e Código Penal).

Sobre as contribuições não pagas ou não recolhidas nos prazos legais incidirão multa, moratória ou de ofício, conforme o caso, e juros de mora nos termos dos artigos 44 e 61 da Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996, combinado com o art. 35 e 35-A, da Lei nº 8.212, de 1991 e artigo 18 da Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003.

No caso de falta de apresentação ou de apresentação de declaração com incorreções ou omissões, o contribuinte ficará sujeito às multas previstas no artigo 32-A da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

Não surtirão efeitos as solicitações de retificação de informações prestadas na DCTFWeb que tiverem por objeto excluir ou reduzir: débitos relativos a contribuições, cujos valores já tenham sido enviados para inscrição em Dívida Ativa da União, sejam eles saldos a pagar ou valores apurados em procedimento de auditoria interna; débitos de contribuições em relação as quais o sujeito passivo tenha sido objeto de procedimento fiscal e/ou nos casos em que a apresentação da declaração ocorra após o prazo decadencial.

Dados do Representante da Pessoa Jurídica

Nome	GISELE DUARTE ZANGROSSI SOUZA
CPF	088.892.668-56
Telefone	4718-1789

Recibo de Entrega da DCTFWeb

DCTFWeb recebida via Internet pelo Agente Receptor SERPRO em	28/12/2023 05:28:43
Nº do recibo de entrega	0000050000193149024



Protocolo de Envio de Arquivos

Prezado cliente,

Seus arquivos foram armazenados na Caixa Econômica Federal em 27/12/2023 18:03:07.

Este protocolo é sua garantia de que o arquivo foi devidamente recebido e armazenado para processamento pela Caixa Econômica Federal. Havendo ocorrências impeditivas no processamento do arquivo será enviada uma nota explicativa para a sua caixa postal no Conectividade Social contendo a(s) ocorrência(s) encontrada(s) e as ações necessárias para a solução.

Informações Complementares:

O número de protocolo do arquivo G3jPVjN4exW00000.SFP é:

3fe7e172-8a87-4488-803d-70d37faa358a

Transmissor: INOVE ASSESSORIA CONTABIL LTDA:09363936000151

Inscrição do Transmissor: 09363936000151

Responsável: INOVE ASSESSORIA CONTABIL LTDA

Inscrição do Responsável: 30589748840

Competência: 12/2023

NRA: G3jPVjN4exW00000

Base de Processamento: Mairinque / SP

Código de Recolhimento: 150

Contato: SIMONE FUJIMI SAKO

Telefone: 001147183420

**Receita Federal****Documento de Arrecadação
de Receitas Federais**

CNPJ 06.276.996/0001-49	Razão Social CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA		
Período de Apuração 30/11/2023	Data de Vencimento 22/12/2023	Número do Documento 07.01.23353.8236105-5	Pagar este documento até 22/12/2023
Observações Darf emitido pelo Sicalc Web			Valor Total do Documento 31.370,68

Composição do Documento de Arrecadação					
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
8109	PIS - FATURAMENTO	31.370,68			31.370,68
	02 PIS - FATURAMENTO - PJ EM GERAL				
	PA 11/2023 Vencimento 22/12/2023				
	Totais	31.370,68	0,00	0,00	31.370,68

22/12/2023, 14:21

Banco do Brasil

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
22/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.21.22
0943100943 SEGUNDA VIA 0001

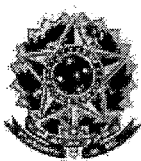
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: CLINICA VET RICARDO
AGENCIA: 0943-1 CONTA: 824-9
=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Codigo de Barras 85820000313-8 70680385233-2
56070123353-8 82361055051-9
Data do pagamento 22/12/2023
Número do Documento 07.01.23353.8236105-5
Valor Total 31.370,68

Modelo aprovado pelo Ato Declaratório Executivo
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 122225
AUTENTICACAO SISBB: 7.878.CDD.7D7.669.9D9



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO POSITIVA COM EFEITOS DE NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS
FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO**

Nome: CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA
CNPJ: 06.276.996/0001-49

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. constam débitos administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) com exigibilidade suspensa nos termos do art. 151 da Lei nº 5.172, de 25 de outubro de 1966 - Código Tributário Nacional (CTN), ou objeto de decisão judicial que determina sua desconsideração para fins de certificação da regularidade fiscal, ou ainda não vencidos; e
2. não constam inscrições em Dívida Ativa da União (DAU) na Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Conforme disposto nos arts. 205 e 206 do CTN, este documento tem os mesmos efeitos da certidão negativa.

Esta certidão é válida para o estabelecimento matriz e suas filiais e, no caso de ente federativo, para todos os órgãos e fundos públicos da administração direta a ele vinculados. Refere-se à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://rfb.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 2/10/2014.

Emitida às 05:11:29 do dia 12/12/2023 <hora e data de Brasília>.

Válida até 09/06/2024.

Código de controle da certidão: **2B2C.B88B.480E.AB23**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

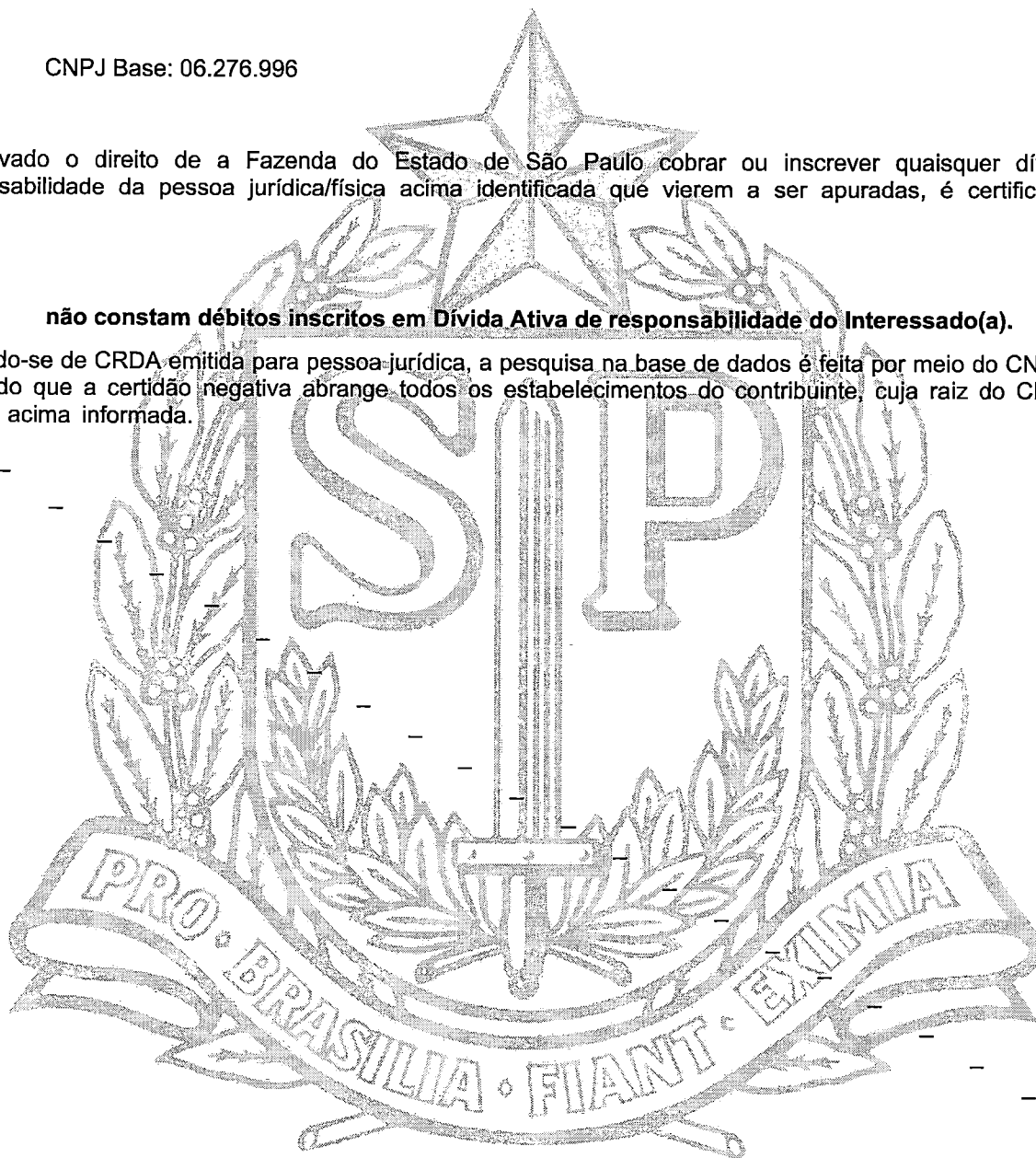
**PROCURADORIA GERAL DO ESTADO****Procuradoria da Dívida Ativa****Certidão Negativa de Débitos Tributários
da
Dívida Ativa do Estado de São Paulo**

CNPJ Base: 06.276.996

Ressalvado o direito de a Fazenda do Estado de São Paulo cobrar ou inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade da pessoa jurídica/física acima identificada que vierem a ser apuradas, é certificado que:

não constam débitos inscritos em Dívida Ativa de responsabilidade do Interessado(a).

Tratando-se de CRDA emitida para pessoa jurídica, a pesquisa na base de dados é feita por meio do CNPJ Base, de modo que a certidão negativa abrange todos os estabelecimentos do contribuinte, cuja raiz do CNPJ seja aquela acima informada.



Certidão nº 52587739

Folha 1 de 1

Data e hora da emissão 03/01/2024 16:19:31

(hora de Brasília)

Validade 30 (TRINTA) dias, contados da emissão.

Certidão emitida nos termos da Resolução Conjunta SF-PGE nº 2, de 9 de maio de 2013.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio

<http://www.dividaativa.pge.sp.gov.br>



Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 06.276.996/0001-49	Razão Social CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA
Período de Apuração Novembro/2023	Data de Vencimento 20/12/2023
Número do Documento 07.16.23338.1076025-4	
Observações Nº Recibo Declaração: 50000182438505	
Pagar este documento até 20/12/2023	
Valor Total do Documento 6.635,60	

Composição do Documento de Arrecadação				
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros
0561.	IRRF - RENDIMENTO DO TRABALHO ASSALARIADO	6.635,60		
07	IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS			
	PA:11/2023 Vencimento:20/12/2023			
	Totais	6.635,60		
				6.635,60

20/12/2023, 17:16

Banco do Brasil



Emissão de comprovantes - 3º nível

G3372016427722831
20/12/2023 17:16:47

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 17.16.47
0943100943 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: CLINICA VET RICARDO
AGENCIA: 0943-1 CONTA: 824-9
=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Codigo de Barras 85880000066-0 35600385233-9
54071623338-0 10760254882-2

Data do pagamento 20/12/2023
Numero do Documento 07.16.23338.1076025-4
Valor Total 6.635,60

Modelo aprovado pelo Ato Declaratório Executivo
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 122006
AUTENTICACAO SISBB: F.A53.B5C.FC2.C3E.7BF

**Receita Federal****Documento de Arrecadação
de Receitas Federais**

CNPJ 06.276.996/0001-49	Razão Social CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA		
Período de Apuração 2023	Data de Vencimento 20/12/2023	Número do Documento 07.16.23353.0316399-5	Pagar este documento até 20/12/2023
Observações Nº Recibo Declaração: 50000191653033 13º salário			Valor Total do Documento 20.206,90

Composição do Documento de Arrecadação

Código	Denominação	Principal	Multa	Juros	Total
1082	CONTR PREV DESCONTA SEGURADO-EMPREGADO/AVULSO	20.206,90			20.206,90
	21. CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSOS - 13 SALARIO				
	PA:2023 Vencimento:20/12/2023				
	Totais	20.206,90			20.206,90

20/12/2023, 17:16

Banco do Brasil

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 17.16.47
0943100943 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: CLINICA VET RICARDO
AGENCIA: 0943-1 CONTA: 824-9
=====

Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
Codigo de Barras: 85800000202-2 06900385233-1
54071623353-4 03163995964-4
Data do pagamento 20/12/2023
Numero do Documento 07.16.23353.0316399-5
Valor Total 20.206,90

Modelo aprovado pelo Ato Declaratório Executivo
Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 122007
AUTENTICACAO SISBB: 9.073.2C5.FE8.07E.4E9

MINISTÉRIO DA ECONOMIA
SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
RELATÓRIO DA DECLARAÇÃO COMPLETA - DCTFWeb

Nome do Contribuinte	CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA	CNPJ	06.276.996/0001-49
Período apuração	12/2023	Número do Recibo	50000193149024
Data/Hora da Transmissão	28/12/2023 05:28:43	Identificação da Apuração de Débitos	62087472 / Reinf CP 23485725275 / eSocial

Dados Iniciais

Classificação Tributária	1-Empresa enquadrada no regime de tributação Simples com tributação previdenciária substituída
Missão Diplomática ou Repartição Consular	0 - Sem acordo
Ausência de Fatos Geradores	Não

Endereço

Logradouro	IDACO BERTOLINI	Número	578
Complemento	-	Bairro/Distrito	VILA SOROCABANA
Município	MAIRINQUE	UF	SP
CEP	18120000	Telefone	-
Correio Eletrônico	CVETRICARDO4@GMAIL.COM		

Dados do Representante do Contribuinte e do Responsável pelo Preenchimento

Representante	GISELE DUARTE ZANGROSSI SOUZA	CPF	08889266856
Telefone	47181789		
Correio Eletrônico	-		
Responsável pelo Preenchimento	SIMONE FUJIMI SAKO		
CPF	32253071811	CRC	-
UF	-	Telefone	1147183420
Correio Eletrônico	-		

Débito Apurado e Crédito Vinculado

Código da Receita	1082-01	Descrição	CP SEGURADOS - EMPREGADOS/AVULSO
Período Apuração Débito	12/2023		
Débito Apurado	28.558,85		
Deduções	Salário Família: 121,63 Retenção Lei 9711/98: 28.437,22		
Saldo a Pagar	0,00		

Débito Apurado e Crédito Vinculado

Código da Receita	1099-01	Descrição	CP SEGURADOS - CONTRIBUINTES INDIVIDUAIS - 11%
Período Apuração Débito	12/2023		
Débito Apurado	825,82		
Deduções	Retenção Lei 9711/98: 825,82		
Saldo a Pagar	0,00		

Débito Apurado e Crédito Vinculado

Código da Receita	0561-07	Descrição	IRRF - RD TRB ASSAL PAÍS/AUS NO EXT A SERV PAÍS
Período Apuração Débito	12/2023		
Débito Apurado	10.083,67		
Saldo a Pagar	10.083,67		

[Voltar](#)[Imprimir](#)

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 06.276.996/0001-49

Razão

CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA

Social:

Endereço:

RUA IDACO BERTOLINI 578 / VILA SOROCABANA / MAIRINQUE / SP /
18120-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade: 07/01/2024 a 05/02/2024

Certificação Número: 2024010700333331306763

Informação obtida em 15/01/2024 15:58:50

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa:
www.caixa.gov.br



Receita Federal

Documento de Arrecadação de Receitas Federais

CNPJ 06.276.996/0001-49	Razão Social CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA		
Período de Apuração 30/11/2023	Data de Vencimento 22/12/2023	Número do Documento 07.01.23353.8308915-4	Pagar este documento até 22/12/2023
Observações Darf emitido pelo Sicalc Web			Valor Total do Documento 144.787,73

Composição do Documento de Arrecadação				
Código	Denominação	Principal	Multa	Juros
2172	COFINS - CONTRIB P/ FIN. SEG. SOCIAL	144.787,73		
	01 COFINS - FATURAMENTO/PJ EM GERAL			
	PA 11/2623 Vencimento 22/12/2023			
	Totais	144.787,73	0,00	0,00
				144.787,73

22/12/2023, 14:21

Banco do Brasil

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
 22/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 14.21.22
 0943100943 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: CLINICA VET RICARDO
 AGENCIA: 0943-1 CONTA: 824-9
 =====
 Convenio RFB-DARF CODIGO DE BARRAS
 Agente Arrecadador: CNC 001 Banco do Brasil S.A.
 Codigo de Barras 85810001447-2 87730385233-9
 56070123353-8 83089154365-4
 Data do pagamento 22/12/2023
 Numero do Documento 07.01.23353.8308915-4
 Valor Total 144.787,73

Modelo aprovado pelo Ato Declaratório Executivo
 Conjunto nº 01 de 31 de outubro de 2011

DOCUMENTO: 122224
 AUTENTICACAO SISBB: B.B23.5D0.CEE.436.1E6



Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo

Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo

CNPJ: 06.276.996/0001-49

Ressalvado o direito da Secretaria da Fazenda e Planejamento do Estado de São Paulo de apurar débitos de responsabilidade da pessoa jurídica acima identificada, é certificado que **não constam débitos** declarados ou apurados pendentes de inscrição na Dívida Ativa de responsabilidade do estabelecimento matriz/filial acima identificado.

Certidão nº 23120085455-08

Data e hora da emissão 04/12/2023 08:55:30

Validade 6 (seis) meses, contados da data de sua expedição.

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade no sítio www.pfe.fazenda.sp.gov.br



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO

CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS

Nome: CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)
CNPJ: 06.276.996/0001-49
Certidão n°: 44772004/2023
Expedição: 30/08/2023, às 08:40:13
Validade: 26/02/2024 - 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua expedição.

Certifica-se que **CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA (MATRIZ E FILIAIS)**, inscrito(a) no CNPJ sob o n° **06.276.996/0001-49**, **NÃO CONSTA** como inadimplente no Banco Nacional de Devedores Trabalhistas.

Certidão emitida com base nos arts. 642-A e 883-A da Consolidação das Leis do Trabalho, acrescentados pelas Leis ns.º 12.440/2011 e 13.467/2017, e no Ato 01/2022 da CGJT, de 21 de janeiro de 2022. Os dados constantes desta Certidão são de responsabilidade dos Tribunais do Trabalho.

No caso de pessoa jurídica, a Certidão atesta a empresa em relação a todos os seus estabelecimentos, agências ou filiais.

A aceitação desta certidão condiciona-se à verificação de sua autenticidade no portal do Tribunal Superior do Trabalho na Internet (<http://www.tst.jus.br>).

Certidão emitida gratuitamente.

INFORMAÇÃO IMPORTANTE

Do Banco Nacional de Devedores Trabalhistas constam os dados necessários à identificação das pessoas naturais e jurídicas inadimplentes perante a Justiça do Trabalho quanto às obrigações estabelecidas em sentença condenatória transitada em julgado ou em acordos judiciais trabalhistas, inclusive no concernente aos recolhimentos previdenciários, a honorários, a custas, a emolumentos ou a recolhimentos determinados em lei; ou decorrentes de execução de acordos firmados perante o Ministério Público do Trabalho, Comissão de Conciliação Prévia ou demais títulos que, por disposição legal, contiver força executiva.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRINQUE**

18120-000 - LAMARTINE NAVARRO, 514

-SP- 11 4718-8644

Inscrição no CNPJ:

45.944.428/0001-20

DEPARTAMENTO DE TRIBUTOS - SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**Certidão Negativa de Débitos MOBILIÁRIO**

Nro.: 42825/ 2024

Ccm: 7329

Razão Social: CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA

CNPJ / CPF 06.276.996/0001-49

Inscrição Estadual/RG: 432.086.298.117

Endereço: RUA IDACO BERTOLINI, 578

Bairro: VILA SOROCABANA

Cidade: MAIRINQUE, Estado: SP

Atividade: ATIVIDADES VETERINARIAS

Requerente: Clínica Veterinária Ricardo LTDA

Finalidade: Processo de Licitação e Prestação de Contas

Processo: 8401/2023

CERTIFICAMOS, que, em verificação efetuada nos registros informatizados da Dívida Ativa desta Prefeitura, NÃO se verificou constar débito proveniente do ISS e/ou Taxas da inscrição acima identificada.

A Fazenda Municipal ressalva o direito de exigir o pagamento de qualquer débito que venha a ser apurado, ou que se verifique a qualquer tempo, inclusive em relação ao período referido nesta certidão.

Obs:

MAIRINQUE, 02 de Janeiro de 2024

Divisão de Dívida Ativa - DpTr-SMF

Validade: 90 dias da data da expedição - Resolução Adm. nº 05/09.

Jeane Vallorani S. Camargo
Secretaria de Finanças

Documento Emitido por AANee

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRINQUE**

18120-000 - LAMARTINE NAVARRO, 514

- SP - 11 4718-8644

Inscrição no CNPJ: 45.944.428/0001-20

DEPARTAMENTO DE TRIBUTOS - SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS**CERTIDÃO Nº 42826/2024**Finalidade: **Processo de Licitação e Prestação de Contas**Requerente: **Clínica Veterinária Ricardo LTDA**Processo: **8401/2023**Crc: **42190**Razão Social/Nome: **CLINICA VETERINARIA RICARDO LTDA**CNPJ / CPF: **06.276.996/0001-49**Inscrição: **432.086.298.117**Endereço: **18120-000 - RUA IDACO BERTOLINI, 578**Bairro: **VILA SOROCABANA** Cidade: **MAIRINQUE** Estado: **SP**

CERTIFICAMOS que, nos registros informatizados do Cadastro Imobiliário e Dívida Ativa desta Prefeitura, **NADA CONSTA** em nome da empresa supra referenciada, inscrita no CNPJ nº. 06.276.996/001-49.

A Fazenda Municipal ressalva o direito de exigir o pagamento de qualquer débito que venha a ser apurado, ou que se verifique a qualquer tempo, inclusive em relação ao período referido nesta certidão.

Validade: - 90 dias da data da expedição - Resolução Adm. nº 05/09.

MAIRINQUE 02 de Janeiro de 2024

Jeane Vallorani S. Camargo
Secretaria de Finanças

Emitido por AANoe



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 27/12/2023 - 18:01:56

GFIP - SEFIP 8.40

01-RAZÃO SOCIAL/NOME CLINICA VETERINARIA RICARDO				02-DDD/TELEFONE (0011)47183420
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 33.037,17	06-QTDE TRABALHADORES 212	07-ALÍQUOTA FGTS 8
08-CÓD RECOLHIMENTO 150	09-ID RECOLHIMENTO 018080-1	10-INSCRIÇÃO/TIPO (8) 06.276.996/0001-49	11-COMPETÊNCIA 12/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2024

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 34.642,97	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 34.642,97
---	---------------------	----------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2024

OBS.: MOVIMENTO COM GERAÇÃO DE 2 GRF, TODAS DEVEM SER QUITADAS OBRIGATORIAMENTE.

858000003460 429701802409 107684180808 627699600014

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Emissão de comprovantes - 3o nível

G3372814558062711
28/12/2023 15:03:21SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 15.03.21
0943100943 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: CLINICA VET RICARDO
AGENCIA: 0943-1 CONTA: 824-9
=====

Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 85800000346-0 42970180240-9
10768418080-8 62769960001-4
Data do pagamento 28/12/2023
CNPJ/CEI/CPF 06276996/0001-49
COMPETENCIA 12/2023
CODIGO RECOLHIMENTO 150
VENCIMENTO 07/01/2024
VALOR DEPOSITO 34.642,97
Valor Total 34.642,97
=====

DOCUMENTO: 122832
AUTENTICACAO SISBB: B.094.14D.BBC.0FA.765



FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO

GFIP - SEFIP 8.40

GRF - GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS
GERADA EM 27/12/2023 - 18:01:56

01-RAZÃO SOCIAL/NOME CLINICA VETERINARIA RICARDO				02-DDD/TELEFONE (0011)47183420
03-FPAS 515	04-SIMPLES 1	05-REMUNERAÇÃO 2.288,00	06-QTDE TRABALHADORES 1	07-ALÍQUOTA FGTS 2
08-CÓD RECOLHIMENTO 150	09-ID RECOLHIMENTO 018000-2	10-INSCRIÇÃO/TIPO (0) 06.275.996/0001-49	11-COMPETÊNCIA 12/2023	12-DATA DE VALIDADE 07/01/2024

13-DEPÓSITO + CONTRIB SOCIAL 45,76	14-ENCARGOS 0,00	15-TOTAL A RECOLHER 45,76
---------------------------------------	---------------------	------------------------------

VALOR FGTS A RECOLHER ATÉ O DIA 07/01/2024

OBS.: MOVIMENTO COM GERAÇÃO DE 2 GRF, TODAS DEVEM SER QUITADAS OBRIGATORIAMENTE.

858400000000 457601802402 107684180000 627699600014

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/12/2023 - AUTOATENDIMENTO - 15.03.21
0943100943 SEGUNDA VIA 0001

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CLIENTE: CLINICA VET RICARDO
AGENCIA: 0943-1 CONTA: 824-9
=====Convenio FGTS ARRECADACAO GRF
Codigo de Barras 8584000000-0 45760180240-2
10768418000-0 62769960001-4
Data do pagamento 28/12/2023
CNPJ/CEI/CPF 06276996/0001-49
COMPETENCIA 12/2023
CODIGO RECOLHIMENTO 150
VENCIMENTO 07/01/2024
VALOR DEPOSITO 45,76
Valor Total 45,76DOCUMENTO: 122833
AUTENTICAÇÃO SISBB: 2.EEF.08D.BA0.358.327

Transação efetuada com sucesso por: JC930137 KERLI SAEKO OGAWA TANIOKA.

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 01 / 2024NOME: RENATA CAVALHEIRO DE LAIA SILVAENDEREÇO: R. NAIR PACHECO LIZBOA Nº 53BAIRRO: CENTRAL PARK CIDADE: MONTA MOR TEL: (19) 994758521RG: 34.923.340-8 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 30 / 08 / 84**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 é raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO CP NOME PRINCESSA D.N. _____ SENHA 157 CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
ISO 11784/6 FDX-B Standard transponder 2.12/12mm
 900233004172751 Expiry date: 03/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DACIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: AMANDA ALVES DE AQUINO

ENDEREÇO: RUA: SIRILO AUGUSTO DE SANTANA, Nº 185A

BAIRRO: JARDIM ALVORADA CIDADE: MONTA MOR TEL: (19) 98918-1930

RG: 43.817.330-2 CPF: 365.925.398-79 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 05 / 86

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO <u>CW</u>	NOME <u>CHICO</u>	D.N. <u>7</u>	SENHA <u>158</u>	CHI <u>ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172749 Expiry date: 08/16/2028</u>
ESPÉCIE/SEXO <u>CW</u>	NOME <u>TOM</u>	D.N. <u>9</u>	SENHA <u>159</u>	CHI <u>ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172754 Expiry date: 08/16/2028</u>
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MONTA MOR . 10 de JANEIRO de 20 24

AMANDA ALVES DE AQUINO
Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 7 / 2014NOME: ALESSANDRA FADIA OLIVEIRAENDEREÇO: RUA 8 Nº 189BAIRRO: PAULISTACIDADE: MONTENOPOLIS

TEL: _____

RG: _____ CPF: 2589598789 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 1 / 1978**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO CF NOME BELVHA D.N. 0 SENHA 160 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12x12mm
 900233004172759 Expiry date: 09/10/2028

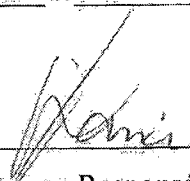
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.


 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/24NOME: ADRIANA MARIA DOS SANTOSENDEREÇO: RUA 25 N° 194 BBAIRRO: SARIN PAULISTA CIDADE: MONTA MOR TEL: 19 987302902RG: 23 725 141-7 CPF: 130 138 818 10 DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1968

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C.F. NOME Pamela D.N. _____ SENHA 161 CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172757 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, _____ de _____ de 20____.

Ricardo de Almeida Souza

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME:

Valéria A. Quinto

ENDEREÇO:

Doze no 141

BAIRRO:

Felina 1

CIDADE:

Mente mor

TEL:

19995009156

RG:

41.061.582-2

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

07/10/1986

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C.F. NOME Zaira D.N. 09/05/12 SENHA 162 CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

900233004172765 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, _____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 30/05/29NOME: Vicente Luiz BARONI PREGOENDEREÇO: RUA REINALDO RODOLFO SANDER N° 57BAIRRO: FARJO CALIL CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 991060671RG: 33589388 CPF: 077952398-9 DATA DE NASCIMENTO: 12/01/69

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

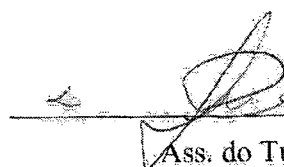
Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado, e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>Cm</u>	NOME	<u>Boby</u>	D.N.		SENHA	<u>163</u>	CH	
									ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2x12-12mm 900233004172762 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	<u>Cm</u>	NOME	<u>Pipoca</u>	D.N.		SENHA	<u>164</u>	CH	
									ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2x12-12mm 900233004172764 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CH	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 30 de Junho de 2029.


Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 1 / 12NOME: SANDRA MARA KAUETENDEREÇO: RUA SEBASTIÃO MOURA DA SILVA 213BAIRRO: NOVA ALVORADA CIDADE: MORTE MOR TEL: _____RG: 62 958768-9 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 01 / 09 / 1963

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>CM</u>	NOME	<u>FEDY</u>	D.N.	<u>7</u>	SENHA	<u>165</u>	CHI	
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHI	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____

ISO 11794/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172763 Expiry date: 09/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Sandra Mara Haupt

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 30/01/24

NOME: Giovana Burato

ENDEREÇO: Rua Jaci Gati nº 44

BAIRRO: Lento

CIDADE: Marília/MS

TEL: 19991034829

RG: 504347032

CPF: 4748847836

DATA DE NASCIMENTO: 23/08/78

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: CF NOME: Ripoca

D.N.

SENHA

166

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172766 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: CM NOME: Ollay

D.N.

SENHA

167

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172767 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.

SENHA

CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Mar

de

de 20

Giovana e Burato

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

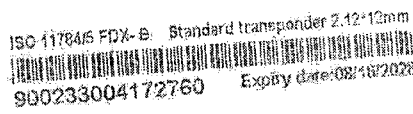
TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 70 107 12024NOME: Mauricio Martins S. NetoENDEREÇO: Rua Vera Lucia Dias Nº 312 BBAIRRO: JD Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 99786-8843RG: _____ CPF: 280.26370880 DATA DE NASCIMENTO: 22 10 1979

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO <u>CM</u>	NOME <u>Lobo</u>	D.N. <u>9</u>	SENHA <u>168</u>	CHIP <u>CH</u>
				
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Mauricio Martins S. Neto
Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPAÑA DE CASTRACÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA:

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

TEL:

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C F NOME Viralata D.N. _____ SENHA 169 CI ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12x12mm
900233004172761 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

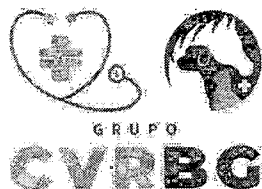
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 1 / 2024

NOME: NEUSA CAPICHE

ENDEREÇO: JARDIM CAPUAVINHA RUA 7, 921

BAIRRO: CAPUAVINHA

CIDADE:

TEL:

RG: 24415 050 7 CPF:

DATA DE NASCIMENTO: 03 / 01 / 1970

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	CM	NOME	SPARK	D.N.	SENHA	170	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Neusa Capiche
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 1 / 1 / 1

NOME:

Flávia Mayara Mendonça de Souza

ENDEREÇO:

Rua Wilmar expedito de todos santos

BAIRRO:

fd Panopam

CIDADE:

Mont. - ma

TEL:

19993042433

RG:

16.656.0308

CPF:

380.174.488

DATA DE NASCIMENTO:

19/12/1989

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CM NOME Dick D.N. _____ SENHA 171 CH ISO 11704/6 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172782 Expiry date: 02/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 1 / 2024

NOME: Fernanda S. R. da FonsecaENDEREÇO: R. Nossa Sra de Fátima 329BAIRRO: Sto AntônioCIDADE: Monte MerTEL: (19) 9 997424167RG: 43812179-6CPF: 12109042622DATA DE NASCIMENTO: 05 / 07 / 93

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descreminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO cm NOME BOB

D.N.

SENHA 1720

ISO 11784/6 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172772 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N.

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N.

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N.

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N.

SENHA _____

CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de _____

de 20 _____

Fernanda S. R. da Fonseca

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 09 / 24NOME: Isaac Sanchez Silva AguileraENDEREÇO: Rua 3 nº 429BAIRRO: Cond. Granila CIDADE: Monte mor TEL: (19) 98386 6683RG: 48474365-X CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: / /

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Descjo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

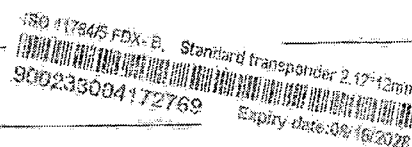
DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C M NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____ESPÉCIE/SEXO _____ NOME Dudu D.N. _____ SENHA 173 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

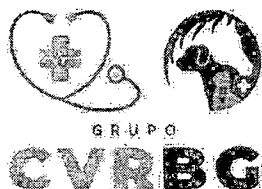
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024NOME: JANAINA DE SOUSA BUENO PINAENDEREÇO: R. GUARDA MUNICIPAL AVELINO DE BRITO, 214 CASA ABAIRRO: JD. MOREIRA CIDADE: MONTE MOR TEL: 14. 39617.5065RG: 29.075.386 CPF: 331.167.348-44 DATA DE NASCIMENTO: 27 / 09 / 1983

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

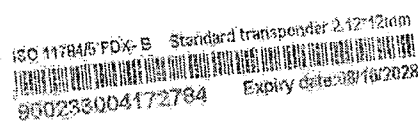
ESPÉCIE/SEXO cm NOME OZZY D.N. 7 SENHA 174 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

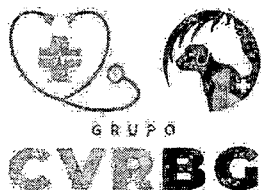
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 1 / 2024NOME: Sateli Ramon de Oliveira AraújoENDEREÇO: Rua Carlo Pedini N° 28 BBAIRRO: Ed. Daniela CIDADE: Monte - MA TEL: 19992128499RG: 46.643365-7 CPF: 37475014804 DATA DE NASCIMENTO: 05.03.1990

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CM NOME BILL D.N. ? SENHA 175 CI 175 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172775 Expiry date: 03/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Sateli Ramon de Oliveira Araújo

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: marcio da silva medeirosENDEREÇO: rua carlos roberto da silvaBAIRRO: jardim alvorada CIDADE: monte mor TEL: 19 989292085RG: 43209121-4 CPF: 32362713881 DATA DE NASCIMENTO: 03/12/1987

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO Cm NOME _____ D.N. _____ SENHA AG CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172774 Expiry date: 08/18/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME Billy D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

marcio da silva medeiros

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10/10/2024NOME: Vanomica Regina BrangelinaENDEREÇO: R. São Bento me 530BAIRRO: Jd. São Clemente II CIDADE: Monte Mor TEL: 998331950RG: 296234017 CPF: 267366203-1 DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1998

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CA NOME Boris D.N. 8 SENHA 177 CH ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172776 Expiry date: 02/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10/01/2024

NOME: Gustavo marcel Pereira de Paula

ENDEREÇO: Rua: Levi gomes nº 69

BAIRRO: Orquidea CIDADE: monte mor TEL: (17) 989427940

RG: 406882150 CPF: 353.177386 DATA DE NASCIMENTO: 15/01/87

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	CM	NOME	Zeus	D.N.	SENHA	178	CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 212*12mm
 900233004172779 Expiry date: 31/10/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor, 10 de Janeiro de 2024.

Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 30 / 01 / 24NOME: afonso wagner de SouzaENDEREÇO: Rua Nova n: 356BAIRRO: Ed. Paloma 3 CIDADE: Monte mor TEL: 39 98838-0362RG: 54894456 CPF: 072.996.844.40 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 12 / 87**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO Cm NOME ZEUS D.N. ? SENHA 179ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172777 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor, 30 de januário de 20 24.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 10 2024NOME: Mauren Ferreira Alves dos SantosENDEREÇO: Rua Antonio Marcel Alencar 188BAIRRO: J. nova alvorada CIDADE: m. mor TEL: 19 992034572RG: 49.582.467-7 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 03 05 1985

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO cm NOME Thor D.N. _____ SENHA 180 CHIP ISO 11764/5 FDX-B Standard Transponder 2.12x12mm
600333004172778 Expiry date: 08/01/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

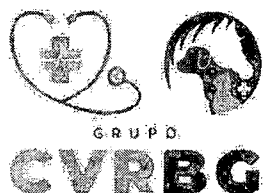
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 1 / 2024NOME: WILLIAM DOS SANTOS MAREQUESENDEREÇO: RUA HENRIQUE TOLETE 335 CASA CBAIRRO: PR. SAO JOSE CIDADE: MONTE MOR TEL: 19.974.170207RG: 5371778 CPF: 991.090.42233 DATA DE NASCIMENTO: 29 / 08 / 1986

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CM NOME BRUTUS D.N. ? SENHA 181 CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm 900233004172786 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO ZM NOME ZEUZ D.N. ? SENHA 182 CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm 900233004172786 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm 900233004172786 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MONTE MOR, 10 de JANEIRO de 2024.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 16 / 7 / 2024NOME: MARIA DOS SANTOS VITONENDEREÇO: RUA 7 N: 158 ABAIRRO: ALVIM DACIDADE: MONTI MOR

TEL: _____

RG: _____

CPF: 003 704 405 28DATA DE NASCIMENTO: 3 / 06 / 1975

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descreminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>CM</u>	NOME	<u>LUKE</u>	D.N.	SENHA	<u>183</u>	CHIP	ISO 11704/5 FOX-B Standard transponder 2.12x12mm 500233004172783 Expiry date: 02/10/2028
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____.

Maria dos Santos Viton

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: Beatriz Lima S. OliveiraENDEREÇO: Maria do Carmo Osvaldo Sander N.º 476BAIRRO: Jd. Campos deour CIDADE: Monte Mori TEL: 19 993379011RG: _____ CPÉ: 480208818-32 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 12 / 99

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

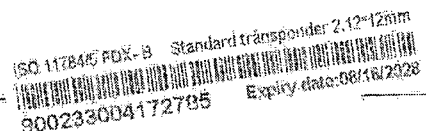
ESPÉCIE/SEXO CM NOME Troye D.N. _____ SENHA 184 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

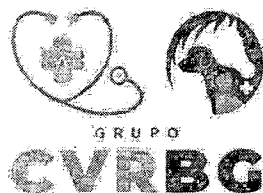


Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Beatriz Lima S. Oliveira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024NOME: Elisângela Braun GuimarãesENDEREÇO: R. Avardeiro José Machado n.º 15BAIRRO: Barroto CIDADE: Monte Mor TEL: 974080400RG: 29846134-1 CPF: 27031122899 DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1977

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplax e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F NOME Polly D.N. 2019 SENHA 185 CHIP Cortado

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

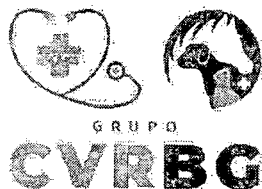
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor 10 de Jan de 2024

Elisângela Braun

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/01/2024

NOME:

Adelson Pereira de Sá

ENDEREÇO:

Rua Afonso Afonso, 1490

991452845

BAIRRO:

Jd. Vitoria

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

3279-6572

RG:

CPF: 289.53

93802

DATA DE NASCIMENTO:

23/02/1979

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CF NOME Ledy D.N. _____ SENHA 108 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172253 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

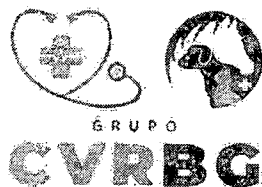
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 12 de Jan de 2024.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/01/24

NOME:

William dos Santos Marques

ENDEREÇO:

R. Henrique Celete N. 335

BAIRRO:

Said Jorge

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

019 974170207

RG:

5371771

CPF:

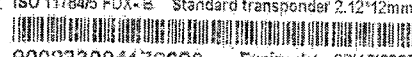
DATA DE NASCIMENTO:

19/06/63

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO cm NOME Beethoven D.N. _____ SENHA 109 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

 900233004172620 Expiry date: 08/16/2028
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Helena Gonçalves Aguiar

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024

NOME: MARIA APARECIDA PAULINO CORREIA

ENDEREÇO: RUA SÃO LUIZ ALVES

BAIRRO: SÃO CLEMENTE CIDADE: MONTE MOR

TEL: _____

RG: 93.939.439/4

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e recetário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: F NOME: MIHI D.N.: _____ SENHA: 01 CHIP: _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174163 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MONTE MOR, 10 de JANEIRO de 2024.

Maria Ap. Paulino Correia

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DA CIRURGIA: 10 / 1 / 1

NOME: Ricardo Martins Cardoso

ENDEREÇO: R. 9 n.º 120

BAIRRO: Pavão CIDADE: M. Mon TEL: _____

RG: 61510-289-7 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / 1

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F.F. NOME Akine D.N. ? SENHA 02 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174189 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO F.F. NOME Sara D.N. Vanda SENHA 03 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174173 Expiry date: 08/16/2028

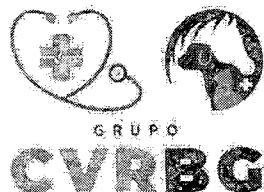
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Marta Mon. 10 de Janeiro de 20 24.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Carla Carolina Lape. P. SilvaENDEREÇO: Rua Clara Guaria 59BAIRRO: Gl. Pariete CIDADE: Monte Mar TEL: _____RG: 46128928-3 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME João D.N. _____ SENHA 04 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2 (12mm)
 900233004174153 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mar, 10 de Janeiro de 20 24.

Carla Carolina

Ass, do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Kellen Cristine Ferreira dos Santos

ENDEREÇO: R. Benedita Mathews 375 A

BAIRRO: SD Quilombos CIDADE: Monte Mor TEL: 19 98923-6525

RG: 48615980-2 CPF: 94003337335 DATA DE NASCIMENTO: 21 / 09 / 1995

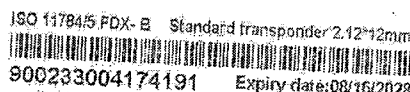
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO PF NOME Búfalo D.N. ? SENHA OS CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA



ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA:

NOME:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

TEL:

RG:

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: Fu NOME: Zizi D.N.: _____ SENHA: 06 CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174150 Expiry date: 08/16/2025

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor de Janeiro de 20 20

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/02/24NOME: Rutne Elia dos SantosENDEREÇO: Rua Angelo Contino, 246.BAIRRO: Estância das Águas CIDADE: Monte Mor TEL: (11) 94669.4052RG: 33522.231-3 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 14/01/86

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplex e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e refeitório do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

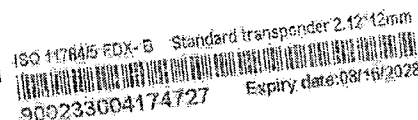
ESPÉCIE/SEXO FM NOME Juruba D.N. _____ SENHA 07 CH _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
 NOME: Maria Aparecida de Melo Silva
 ENDEREÇO: Rua 34 - 238 J20
 BAIRRO: Raltisor CIDADE: _____ TEL: _____
 RG: 54.652.974-4 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

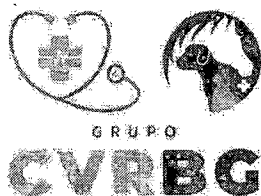
ESPÉCIE/SEXO FF NOME PREZINHA D.N. ? SENHA 08 CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004174741 Expiry date: 02/16/2026

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MORTE MOR, 10 de JANEIRO de 20 24.

Maria Aparecida de Melo Silva
 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2017NOME: Fabiano Batista de AlmeidaENDEREÇO: Rua 19 nº 187 BBAIRRO: St. Paroiti CIDADE: Monte Mor TEL: 19-926.09-5457RG: 30.891.020-5 CPF: 255194908-98 DATA DE NASCIMENTO: 09/01/1977

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Fabiano D.N. _____ SENHA 09 CLIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

E _____ CIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ C. 900233004174155 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Fabiano Batista de Almeida

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DA CIRURGIA: ____/____/____
 NOME: Adriano Wilson José Pereira
 ENDEREÇO: R. Manoel Deodoro 123
 BAIRRO: Centro CIDADE: Monte Mor TEL: _____
 RG: 25.666.325-0 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: <u>F. M.</u>	NOME: <u>Will</u>	D.N.: <u>01/01/29</u>	SENHA: <u>JO</u>	CHIP: _____
ESPÉCIE/SEXO: _____	NOME: _____	D.N.: _____	SENHA: _____	ISO 11784/5 FDX-B Standard Transponder 2.12*12mm 900233004174154 Expiry date: 03/16/2028
ESPÉCIE/SEXO: _____	NOME: _____	D.N.: _____	SENHA: _____	CHIP: _____
ESPÉCIE/SEXO: _____	NOME: _____	D.N.: _____	SENHA: _____	CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de Janeiro de 20 24

Adriano Wilson

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/10/2027

NOME: Juliana Alves Silva

ENDEREÇO: R. Silveira de Castro

BAIRRO: Jardim Paulista CIDADE: Monte Alegre TEL: 55+99 2785745

RG: 33646481-2 CPF: 265.683.378-83 DATA DE NASCIMENTO: 20/12/77

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	Nome	D.N.	SENHA	CHIP
M	Petinha		11	
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174160 Expiry date: 08/16/2028				
E	Bianca	31/12/2027	12	
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174187 Expiry date: 08/16/2028				
ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP
ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20


 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/1/24

NOME: Rosana Maria Guallo da Silva

ENDEREÇO: Domingo Giotto n.º 20

BAIRRO: Cidade Jardim CIDADE: Monte Ma TEL:

RG: 23590874-5 CPF: 15458669886 DATA DE NASCIMENTO: 02/11/23
22

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO M NOME Rigore D.N. SENHA 13

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004174166 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Ma, 10 de Janeiro de 2024.

Rosana Maria Guallo da Silva
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Alessandro Jorge do SilveiraENDEREÇO: Rua Benedita Carolina C. dos SantosBAIRRO: Parroti CIDADE: Monte Mor TEL: 19 992789495RG: 22.824.019.3 CPF: 157.740.382 DATA DE NASCIMENTO: 13/06/73

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

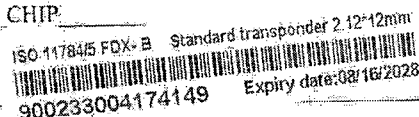
ESPÉCIE/SEXO AF NOME LUNA D.N. _____ SENHA 14 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de junho de 20 24.

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024

NOME: Sandra Isabel de Jesus Lima

ENDEREÇO: Rua: Antonio Bernardino de Moraes, 73B

BAIRRO: Jard. Paulista **CIDADE:** Monte Mor **TEL:** 19991308084

RG: 250299458 **CPF:** 28287489113 **DATA DE NASCIMENTO:** 19/05/1967

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO M NOME Côco D.N. _____ SENHA 15 CHIP _____



ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.



Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/08/24

NOME: Sandra Regina Maia

ENDEREÇO: R. Antonio Bernardino de Moraes

BAIRRO: J. Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: 19-994622715

RG: CPF: 0248220187 DATA DE NASCIMENTO: 11/05/60

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perfeição e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	FF	NOME	A	D.N.	SENHA	16	
							ISO 11794/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174190 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	MM	NOME	I	D.N.	SENHA	17	
							ISO 11794/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174740 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____



Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: Jaqueline da Silva LimaENDEREÇO: R. Mato Grosso sul 11 ap 13 bl 8BAIRRO: Engenho CIDADE: _____ TEL: _____RG: _____ CPF: 328.028.038.22 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

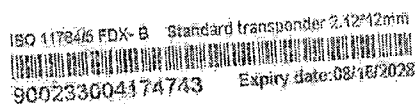
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, não podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, não podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Ximinho D.N. ? SENHA 18 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____



ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

monte mor . 10 de Janeiro de 20 24

Jaqueline da Silva Lima

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME:

Dr. Ricardo de Almeida Souza

ENDEREÇO:

Rua Vera Lucia Dias Nº 93

BAIRRO:

Jard - Park

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

19-987360710

RG:

22.658.421-5

CPF:

122.645.348-18

DATA DE NASCIMENTO:

17/07/1972

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico-Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

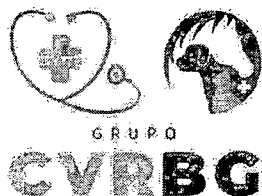
DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FM</u>	NOME	<u>Wick</u>	D.N.	<u>?</u>	SENHA	<u>19</u>	CH	<u>CF</u>	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174746 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	<u>FM</u>	NOME	<u>Brinquinho</u>	D.N.	<u>?</u>	SENHA	<u>20</u>	CH	<u>CH</u>	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174165 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	<u>FM</u>	NOME	<u>Wagrinho</u>	D.N.	<u>?</u>	SENHA	<u>21</u>	CH	<u>CH</u>	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174744 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CH	_____	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____	_____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de 02 de 2024.

Dr. Ricardo de Almeida Souza
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/24NOME: Beatriz me SilvaENDEREÇO: Alameda José X III ap. 96 BlocoBAIRRO: S. Clemente CIDADE: Monte Mar TEL: 993732816RG: 41409614-9 CPF: 331.591.368-41 DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F NOME Lara D.N. _____ SENHA 22 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004174147 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Beatriz me Silva

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024

NOME: Bianca Thaís da Silva Rego

ENDEREÇO: Rua: Inácio Gomes da Silva Antigo 7 nº

BAIRRO: G. Belo Vista CIDADE: Monte Mor TEL: 19994096302

RG: 52017429 X CPF: 50492988-11 DATA DE NASCIMENTO: 14 / 03 / 2004

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	FM	NOME	Pipoca	D.N.	SENHA	23	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174152 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	FM	NOME	negão	D.N.	SENHA	24	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174156 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20

Bianca Thaís da Silva Rego

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024NOME: Leana J N SilvaENDEREÇO: AV A 7 N 136BAIRRO: pg Bela Vista CIDADE: monte-mor TEL: 199 8854 0896RG: 34 445173-2 CPF: 27190343806 DATA DE NASCIMENTO: 01/08/1979

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME placsa D.N. _____ SENHA 25 CHI _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174171 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Rubzin D.N. _____ SENHA 26 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174151 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Leana J N Silva

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10/01/23NOME: Rosiane dos Santos LisboaENDEREÇO: Rua 5 número 13BAIRRO: Dardimcolina 3 CIDADE: Monte mor TEL: 19996991991RG: _____ CPF: 054.698.945-91 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FM</u>	NOME	<u>Fugão</u>	D.N.	<u>2</u>	SENHA	<u>27</u>	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____

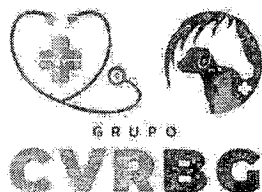
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004174164 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

10 de 01 de 2024 de 20 _____

Rosiane dos Santos Lisboa

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Daniel Lima de O. LimaENDEREÇO: R: 9 Nº 246BAIRRO: JD. Colina I CIDADE: Monte mor TEL: 19 989450127RG: 1286015320 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 14 / 9 / 85

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FR NOME KILLA D.N. ? SENHA 28 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

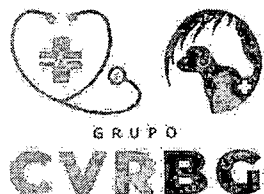


Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor, 10 de Jan de 2024.

Daniel Lima de O. Lima

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

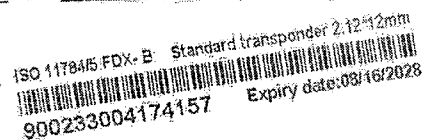
DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024NOME: Maria de Fátima de SouzaENDEREÇO: Rua 4 Nº 10BAIRRO: Colina 1 CIDADE: Monte Mar TEL: 98746-8336RG: 58.800.945-X CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 09/06/71

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FF</u>	NOME	<u>Mario</u>	D.N.	SENHA	<u>29</u>	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/04/24

NOME:

Osvaldo Alves Ladeira

ENDEREÇO:

R. Antonio F. de Silva nº 197

BAIRRO:

Jardim S. Barreto

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

994570650

RG:

63772693

CPF:

97081477889

DATA DE NASCIMENTO:

09/09/54

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

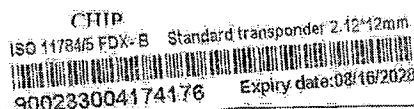
ESPÉCIE/SEXO FF NOME Bela D.N. _____ SENHA 30 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: EMELIM FRANÇA ARAÚJO

ENDEREÇO: RUA CARLOS FREDERICO WELENDORF, 273 CASAD

BAIRRO: Jd. PANORAMA CIDADE: MONTE MOR TEL: 199.898.59350

RG: 66.696.276-3 CPF: 547819778-00 DATA DE NASCIMENTO: 04 / 01 / 2006

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

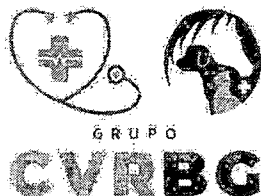
DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME LOM D.N. _____ SENHA 31 CHIP _____
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12x12mm
 E _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ C 900233004174158 Expiry date: 08/16/2028
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 08 / 2014NOME: Adriano Cardoso CarmoENDEREÇO: R. Adriano Cardoso de Almeida 53 ABAIRRO: Café 2 CIDADE: Monte Mor TEL: 19.39581211RG: 439570050 CPF: 44366626837 DATA DE NASCIMENTO: 28 / 08 / 84

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e-raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO <u>FM</u>	NOME <u>Simba</u>	D.N. _____	SENHA <u>32</u>	CHIP _____	 900233004174159 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____	
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____	
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____	
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

 Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Perla Rita Souza de Oliveira Aguiar

ENDEREÇO: Rua -rito, 91

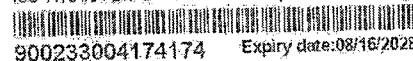
BAIRRO: Jd. Colorado CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 99835-9112

RG: 30031433-4 CPF: 9385362828 DATA DE NASCIMENTO: 01/11/1979

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Ela D.N. _____ SENHA 33 CHIP  ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174174 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de junho de 20 24.



Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DACIRURGIA: ____/____/____
 NOME: Valéria A. Guimarães
 ENDEREÇO: Doze nº 142
 BAIRRO: Colina 1 CIDADE: Monte mor TEL: 19995004256
 RG: 41061582 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 07/10/1986

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO Fm NOME Gary D.N. 7 SENHA 34 CHIP 900233004174168
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
Expiry date: 08/16/2028
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor, 10 de Janeiro de 2024.

Valéria A. Guimarães

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: Beatriz Bufalo AmbrosiniENDEREÇO: Rua Onofre Sebastião Zamberini nº 199 bBAIRRO: Vol. Copacabana CIDADE: Monte Mor TEL: 19 975299621RG: 41596962-1 CPF: 36131263814 DATA DE NASCIMENTO: 26 / 07 / 99

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Zor D.N. ? SENHA 35 CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174148 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de fevereiro de 2024.

Beatriz Bufalo Ambrosini

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME:

Adriana de Menezes Santos

ENDEREÇO:

Rua Wilmon expedite Telhada Galvão 162

BAIRRO:

Fátima Paranaíba

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

19994238335

RG:

37992200V

CPF:

76487601860

DATA DE NASCIMENTO:

28/08/1997

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Dessejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO

FM

NOME

Apollo

D.N.

?

SENHA

36

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004174161 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO

FF

NOME

Jyda

D.N.

?

SENHA

37

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004174161 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

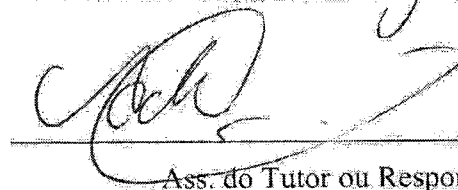
D.N.

SENHA

CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor, 10 de junho de 2024


 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME:

JURANO APARECIDO VEMANCIO DA SILVA

ENDEREÇO:

RUA SANTO ALVES

BAIRRO:

Quinze

CIDADE:

M. MOR

TEL:

19 983066725

RG:

42967604-9

CPF:

343 188 468 73

DATA DE NASCIMENTO:

23/6/1987

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F F NOME BRANQUINHA D.N. _____ SENHA 38 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174183 Expiry date: 08/16/2028

E _____ CIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

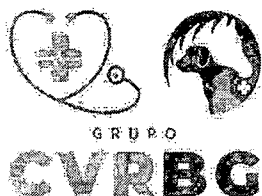
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MONTA MOR, 10 de JANEIRO de 20 24.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10/02/2025

NOME:

Ayda Z. Zabinatti

ENDEREÇO:

Rua Mariano Bettonelli

BAIRRO:

São Rafael

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

19996401849

RG:

55319451-3

CPF:

48977481864

DATA DE NASCIMENTO:

02/07/2020

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Aquino D.N. _____ SENHA 3A CH ISO 11784/6 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004174184 Expiry date: 08/16/2028

E _____ CH/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

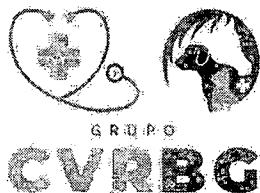
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Anadeu de Oliveira

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: San Clemente CIDADE: Monte Mor TEL: 19992868977RG: 359880387 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 27/4/87

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FF</u>	NOME	<u>fêmea</u>	D.N.	<u>40</u>	SENHA	<u>40</u>	CE	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12*12mm
									900233004174186 Expiry date: 08/10/2028
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de Janeiro de 2024.

Anadeu de Oliveira
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

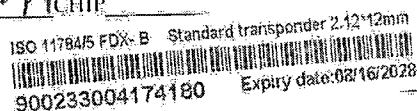
TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: Suelen Camila Ribeiro da SilvaENDEREÇO: Rua Luiz Lins nº 116BAIRRO: São Rafael CIDADE: Monte Mor TEL: 19 991609551RG: 56 093 165-7 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 18 / 06 / 1997

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO ff NOME Guarapiranga D.N. _____ SENHA 41 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

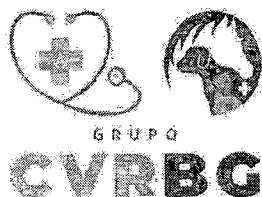
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: DÉBORA DOS SANTOS COSTAENDEREÇO: Antonio Francisco da Gruz, 54BAIRRO: Pq Bela Vista CIDADE: Monte Mor TEL: 19 994590512RG: 420903409 CPF: 424711978 DATA DE NASCIMENTO: 05 / 12 / 94
34

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

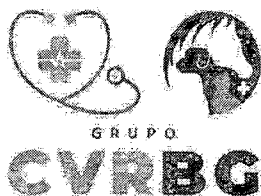
ESPÉCIE/SEXO	FF	NOME	TUCHA	D.N.	?	SENHA	42	CI	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174185 Expiry date:08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	FF	NOME	TINHA	D.N.	?	SENHA	43	CI	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174172 Expiry date:08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CI	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MONTA MOR, 10 de JANEIRO de 20 24.

Débora dos Santos Costa

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 01 / 24NOME: Frandeire Geovana Nascimento de CarvalhoENDEREÇO: Rua João Pires do Amorim - N° 35 Antiga 2.BAIRRO: Índim Alvorada CIDADE: Monte Mor TEL: 19 98995-2445RG: _____ CPF: 503.848.328-30 DATA DE NASCIMENTO: 03 / 09 / 2000

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F/M NOME Banguela D.N. ? SENHA 44 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

900233004174169 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor 10 de Janeiro de 20 24

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024

NOME: Alex Fernando de Mello

ENDEREÇO: Rua Capitão Aguiar 370

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: MONTA MOR

TEL: 19 987270281

RG: 379407310

CPF: 9773953856

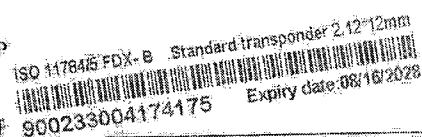
DATA DE NASCIMENTO: 03 / 10 / 1997

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: F M NOME: FULANINHO D.N. 1 SENHA 45 CHIP



ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

MONTA MOR, 10 de JANEIRO de 2024

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

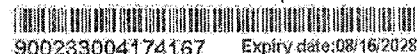
DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024NOME: Jéhana Clauduly Cruz PereiraENDEREÇO: Rua Guilhermina F. de Barros n° 286 (antiga 18)BAIRRO: San Alverada CIDADE: Monte Mor TEL: 19 993.238663RG: 40809205-1 CPF: 22472128233 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/1

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F F NOME Doraci D.N. _____ SENHA 46 CH _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12*12mm

 900233004174167 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

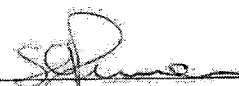
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

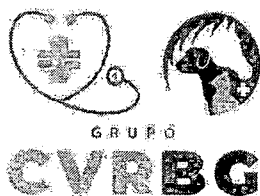
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____.



 Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/24

NOME:

David de Sousa Lemos

ENDEREÇO:

Rua Barão do Alexandrino, 611

BAIRRO:

St. Polos Di

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

(11) 974236262

RG:

37.568.167-2

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

07/03/1998**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>F/M</u>	NOME	<u>JUÍ</u>	D.N.	SENHA	<u>42</u>	CHIP	
							ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2:12/12mm	
							900233004174182 Expiry date:08/16/2028	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Nide Ap. Panelli

ENDEREÇO: R 03

BAIRRO: Joaq. Clemente CIDADE: Mont. Mar TEL: 993054035

RG: 27.842.535-5 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

~ Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e recetário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

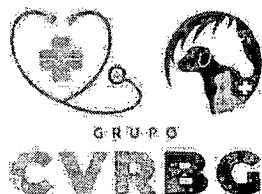
DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: <u>fêmea</u>	NOME: <u>mia</u>	D.N.: _____	SENHA: <u>48</u>	CHIP: _____	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174202 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO: <u>fêmea</u>	NOME: <u>magali</u>	D.N.: _____	SENHA: <u>49</u>	CHIP: _____	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174178 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO: <u>fêmea</u>	NOME: <u>Guazunha</u>	D.N.: _____	SENHA: <u>50</u>	CHIP: _____	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174170 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO: _____	NOME: _____	D.N.: _____	SENHA: _____	CHIP: _____	
ESPÉCIE/SEXO: _____	NOME: _____	D.N.: _____	SENHA: _____	CHIP: _____	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Mont. Mar, 10 de 01 de 2024.
Nide Ap.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10 / 01 / 2024NOME: Gabriel Oliveira AguiarENDEREÇO: Rua Américo P. 379BAIRRO: St. Panorama CIDADE: Monte Mer TEL: 19488910267RG: _____ CPF: 58148757801 DATA DE NASCIMENTO: 01 / 10 / 2005

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FF</u>	NOME	<u>KISHA</u>	D.N.	<u>?</u>	SENHA	<u>51</u>	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Gabriel Oliveira Aguiar

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

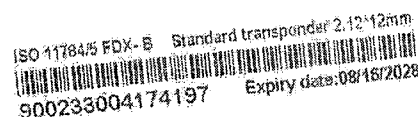
DATA DACIRURGIA: 10/01/2024NOME: Amirós Da Silva SantosENDEREÇO: Rua 29 nº 690BAIRRO: Pq do Cpf II CIDADE: Monte mor TEL: 19991329975RG: 818978900 CPF: 51038878809 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME OREO D.N. _____ SENHA 52C



ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Amirós Da Silva Santos

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10/10/2024NOME: Eliana Darcenio de PaulaENDEREÇO: Rua Vera Lucia Dias, nº 317BBAIRRO: Sorriso Paulista - CIDADE: Monte Mor TEL: 19.9.9790.7793RG: 36.834.779-0 CPF: 22.47456189 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/1

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO PF NOME Sol D.N. 1 SENHA 53 CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174179 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

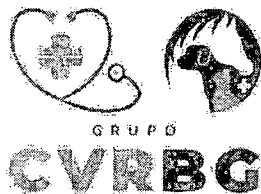
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

Eliana Darcenio de Paula

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

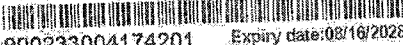
DATA DA CIRURGIA: 10/01/24NOME: Shirley Roswall Vilca JoveENDEREÇO: Rua Bom Jesus nº 54 AP 92BAIRRO: San Jesus CIDADE: Monte Amor TEL: 19-983585333RG: 0646705 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1990

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Mia D.N. _____ SENHA 54 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

 900233004174201 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

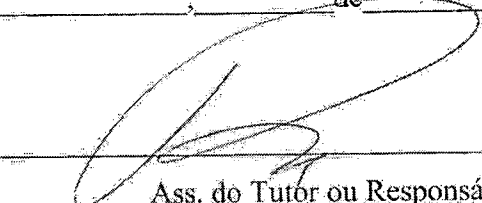
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

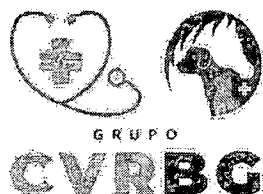
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____



Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2013NOME: Simone Aparecido BernardesENDEREÇO: Rua João de Deus 226BAIRRO: Parque São Rafael CIDADE: Monte Mor TEL: 19984506591RG: _____ CPF: 31154405885 DATA DE NASCIMENTO: 11/10/194

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO M NOME NICKY D.N. _____ SENHA 55 CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174198 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO M NOME THOMK D.N. _____ SENHA 56 CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174177 Expiry date:02/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

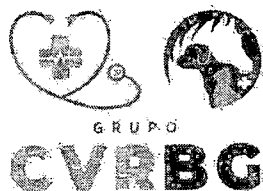
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

10 de fevereiro de 2013 de 20 _____

Simone Ap. Bernardes

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 11 / 24

NOME: CELIA REGINA LOPES DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA GERALDO SOUZA SILVA 588

BAIRRO: PAULISTA

CIDADE:

TEL:

RG: 28.389.756-2

CPF:

DATA DE NASCIMENTO:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: FM NOME: mimi

D.N. 7

SENHA 5

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2x12mm
 900233004174196 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

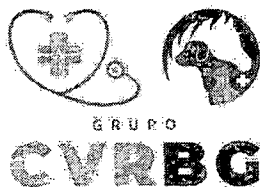
Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

Célia Regina Lopes de Oliveira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 07 / 2024NOME: Alia Marcia MarciaENDEREÇO: Rua Parana 47BAIRRO: Engenho CIDADE: Meia Mar TEL: 19 991208382RG: 396569985 CPF: 25607783869 DATA DE NASCIMENTO: 12 / 07 / 72

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplicê e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento, sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO M/M NOME Caro D.N. _____ SENHA 58 CHIP 900233004174195 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO F NOME Marcinha D.N. _____ SENHA 59 CHIP 900233004174208 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024

NOME: Elizabete P. Traezkykowsky

ENDEREÇO: Monte Grosso do Sul, 11

BAIRRO: Engenho CIDADE: Monte Mor TEL: 19994845242

RG: 54355600-1 CPF: 31018021809 DATA DE NASCIMENTO: 10/06/1977

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Dessejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Mili D.N. 11/17 SENHA 60 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

900233004174200 Expiry date: 09/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Elizabete P. Traezkykowsky de _____ de 20 _____

Elizabete P. Traezkykowsky

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/24

NOME: Beatriz Nunes Teixeira

ENDEREÇO: R: 04 Guedes Sousa Silva

BAIRRO: JO Paulista **CIDADE:** Monte Mor **TEL:** 19-98257.1942

RG: 55.131.346-8 **CPF:** 464.935.940-12 **DATA DE NASCIMENTO:** 25/11/1998

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F/M NOME Arnaldo D.N. _____ SENHA 61 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2-12*12mm
900233004174199 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Beatriz Nunes Teixeira

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 1 / 24

NOME: SILVA APARECIDA PIRES

ENDEREÇO: RUA 16 890

BAIRRO: PAULISTA

CIDADE:

TEL:

RG: 21.182.905-5

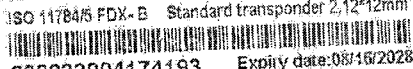
CPF:

DATA DE NASCIMENTO: / /

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME BBARA D.N. _____ SENHA 62 CHIP _____
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12*12mm

C 900233004174193 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Silvia Aparecida Pires
 Ass. do Tutor ou Responsável

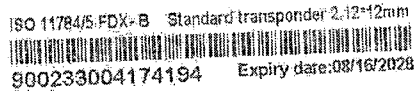
CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024NOME: Gisela Mendes PereiraENDEREÇO: Rua Carlos F. Willendorf, 192 BBAIRRO: fd. Panorama CIDADE: Monte mor TEL: 19 995267455RG: 52.361.303-9 CPF: 402.818.388-03 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 03 / 1997TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Dessejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Carina D.N. 05/09/23 SENHA 63  ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174194 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

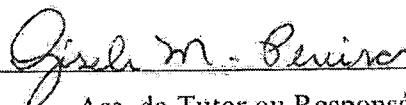
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____



Ass. do Tutor ou Responsável

GATO

DIA
11/10/1

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11/01/24

NOME: Ani Marcelo Filliony

ENDEREÇO: rua Sozans Parvate

BAIRRO: y. Proguino CIDADE: Monte Mor TEL: 3879-3011

RG: 27.016.789-4 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 24/7/73

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perfeição e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Cagão D.N. _____ SENHA 01 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172803 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20_____.

Ani Marcelo Filliony
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

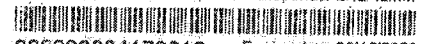
TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Emilia Vasconcellos de AlmeidaENDEREÇO: R. João Suiz alves n/211 Pça S. ClementeBAIRRO: Pça S. Clemente CIDADE: Monte Azeite TEL: 19/993175388RG: 28.161.297/1 CPF: 18953238820 DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1971**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e refeitório do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11764/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm


900233004172812 Expiry date: 08/16/2028ESPÉCIE/SEXO EF NOME Pandora D.N. _____ SENHA 02 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, _____ de _____ de 20____.

Emilia Vasconcellos Almeida

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/12

NOME: Gilberto Teles de Brito

ENDEREÇO: R. Igarapava Paulista 2641

BAIRRO: Cida Monte Mor CIDADE: Monte Mor TEL: 996777884

RG: 30034660-8 CPF: 324996479-19 DATA DE NASCIMENTO: 10/09/57

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

900233004172821 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO F M NOME Bolinha de neve D.N. SENHA 03 CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11/10/2024

NOME: Mário José da Silva

ENDEREÇO: Rua Snario Gomes da Silva Antiga R. 7 nº 86

BAIRRO: Parque Bela Vista CIDADE: Monte mor TEL: 19 989330484

RG: _____ CPF: 184.286.379 DATA DE NASCIMENTO: 18/05/73

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Mingau D.N. ? SENHA 04 CHIP 900233004172787 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm Expiry date: 05/15/2526

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Mário José da Silva

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 24NOME: Celine FerreiraENDEREÇO: Rua 04 Francisco Leão nº 343BAIRRO: J. C. Damasceno CIDADE: Monte Mor TEL: 19987102899RG: _____ CPF: 36281245819 DATA DE NASCIMENTO: 26 / 06 / 1985

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Belinha D.N. _____ SENHA 05 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard Transponder 2.12*12mm
 900233004172792 Expiry date: 06/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Moria D.N. _____ SENHA 06 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard Transponder 2.12*12mm
 900233004172816 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____

Celine Ferreira

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**TUTOR OU RESPONSÁVEL:**DATA DA CIRURGIA: 11/01/2024NOME: Thiziane Silva MedeirosENDEREÇO: Rua 22 nº 50BAIRRO: Colina 1 CIDADE: Monte Mor TEL: 989344007RG: 30.506.390-X CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 28/06/76**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Nequinhão D.N. ? SENHA 07 CHIP 900233004172806 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

- Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Thiziane Silva Medeiros

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

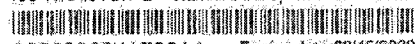
TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 28/01/2023NOME: Amivalda S. SantosENDEREÇO: Bento de Faria 225BAIRRO: São Clemente CIDADE: Mantena TEL: 988605161RG: 34141418-9 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 19/04/77TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm


900233004172814 Expiry date: 08/16/2028ESPÉCIE/SEXO FF NOME TUKI D.N. _____ SENHA 8 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

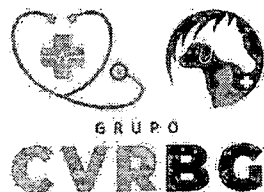
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Amivalda S. Santos

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/01/24NOME: Edna da Costa BenicioENDEREÇO: Rua Rio de Janeiro, 395BAIRRO: J. Engenho CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 984101146RG: 20.318.027-6 CPF: 094.360.128 DATA DE NASCIMENTO: 11/12/71
18

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172800 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO F.m NOME Piero D.N. ? SENHA 9 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

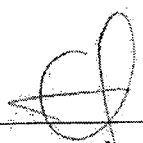
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.



Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: JOÃO MARCONDESENDEREÇO: R. FRANCISCO FERRAZ 224 ABAIRRO: Jl. CPS Dona Izabel CIDADE: Matão TEL: 19 991030633RG: 21.796.639-1 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e recetário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FM</u>	NOME	<u>THOR</u>	D.N.	<u>7</u>	SENHA	<u>10</u>	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO	<u>FM</u>	NOME	<u>CHOCOLATE</u>	D.N.		SENHA	<u>11</u>	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172811 Expiry date: 08/16/2028

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172820 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

M. Mon, 33 de Setembro de 20 24.

[Assinatura]
 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DACIRURGIA: 19/01/2024
 NOME: Marcos Patrick Costa
 ENDEREÇO: R. João Carlos Gomes Carneiro
 BAIRRO: Guanaabera CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 993550135
 RG: _____ CPF: 21.259.1168-08 DATA DE NASCIMENTO: 10/01/80

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 ESPÉCIE/SEXO FM NOME Tertulino D.N. ? SENHA 12 CHIP 900233004172809 Expiry date: 08/16/2028

 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/01/2024NOME: Eleusa C. SilvaENDEREÇO: Rua Lima Rocha, 1105BAIRRO: S. Clemente CIDADE: M. M. TEL: 19992113522RG: 16 819 838 4 CPF: 07430764860 DATA DE NASCIMENTO: 31/03/1960

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Maurício D.N. _____ SENHA 13 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004172843 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Portela D.N. _____ SENHA 14 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004172808 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Iranir Aparecido do AmaralENDEREÇO: Rua Suas Marins n: 115BAIRRO: Dante Comdi CIDADE: Monte Mor TEL: 19995282148RG: _____ CPF: 24269151898 DATA DE NASCIMENTO: 20/05/69

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Polenta D.N. _____ SENHA 15 CHIP 900233004172818 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Vino D.N. _____ SENHA 16 CHIP 900233004172788 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Iranir Ap. do Amaral

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 22/10/2019NOME: Marcia de V. SantosENDEREÇO: Rua 24 N 43BAIRRO: Jardim Colina CIDADE: Maritima TEL: 9 8737 7642RG: 32867027-6 CPF: 37978572833 DATA DE NASCIMENTO: 24/12/1977

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F. M. NOME Praxela D.N. ? SENHA 17 CHIP 900233004172815 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Marcia de V. Santos

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 24NOME: Raquel Ferreira GarciaENDEREÇO: R. Natalino Ferreira Lemes, 179BAIRRO: Id. Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: 19 989900845RG: _____ CPF: 427887958-07 DATA DE NASCIMENTO: 29 / 04 / 95

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Gatito D.N. _____ SENHA 18 CHIP 900233004172807 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

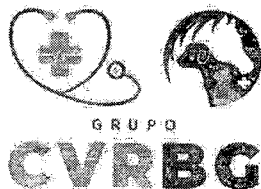
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2014NOME: Pedro Henrique da F. SabidoENDEREÇO: Rua Minas Gerais 530BAIRRO: São Sebastião CIDADE: Monte mor TEL: 19 9.09267481RG: 55.189.838.0 CPF: 468.099.428.2 DATA DE NASCIMENTO: 13 / 01 / 1997

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Julio Claudio D.N. ? SENHA 19 CHIP C081450

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Pedro Henrique

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/12NOME: Maria de Oliveira FreitasENDEREÇO: Rua Alfredo Alexandre nº 133 fundosBAIRRO: Ed. Paroqueti CIDADE: Monte mor TEL: 49 99590.7288RG: 26.141.645-5 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 01/12/53

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Leão D.N. ? SENHA 20 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172819 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Leão D.N. _____ SENHA 21 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172810 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Maria de Oliveira Freitas

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2021

NOME:

M. Maria C. V. Pereira

ENDEREÇO:

Rua 22. nº 93

BAIRRO:

f. Liberdade

CIDADE:

Mato Grosso

TEL:

86 000834

RG:

CPF:

113080921825

DATA DE NASCIMENTO:

16/01/1960

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO

FF

NOME

Catarina

D.N.

SENHA

22

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172796 Expiry date: 09/16/2028

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

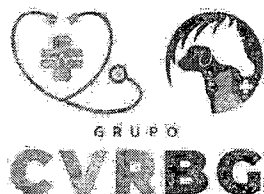
Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

M. Maria C. V. Pereira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Thaiza Nathaly dos Santos BotainENDEREÇO: Antônia Bente dias n. 36 bBAIRRO: Jardim Alvorada CIDADE: Monte mor TEL: (19) 989961963RG: 55.963.008-6 CPF: 530.22563809 DATA DE NASCIMENTO: 18 / 06 / 1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172833 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Clara D.N. _____ SENHA 23 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Thaiza Botain

Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11.01.2024NOME: Belénia D. CavaliereENDEREÇO: Rua 1. nº 80BAIRRO: SD Colina 1 CIDADE: Monte Apr TEL: 19.987249630RG: 23.2898110 CPF: 12093885821 DATA DE NASCIMENTO: 03.10.70**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Lili D.N. 2 SENHA 24 CHIP 900233004172836

ESPÉCIE/SEXO Fm NOME mimi D.N. 7 SENHA 25 CHIP 900233004172839

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12*12mm
900233004172836 Expiry date: 08/16/2028

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12*12mm
900233004172839 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

monte apr, 11 de Janeiro de 20 24

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**TUTOR OU RESPONSÁVEL:**DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Joyce de Santana RibeiroENDEREÇO: VistaBAIRRO: Pq do Café 3CIDADE: Montemor

TEL: _____

RG: 40432844/001-47 CPF: 46049477833 DATA DE NASCIMENTO: 23 / 12 / 1995**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 é raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO FM NOME Tbm D.N. 9 SENHA 26 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172817 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Joyce D. Ribeiro

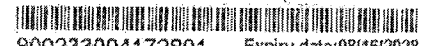
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**TUTOR OU RESPONSÁVEL:**DATA DACIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: marie Izene Antunes AfonsoENDEREÇO: Rua Adolfo Caetano de AndradeBAIRRO: Chapim do Sol CIDADE: Monte mor TEL: (19) 982240284RG: _____ CPF: 360113358-02 DATA DE NASCIMENTO: 03 / 04 / 87**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm


900233004172801 Expiry date: 08/16/2028ESPÉCIE/SEXO FF NOME Madona D.N. _____ SENHA 27 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, _____ de _____ de 20 ____.

marie Izene Antunes Afonso

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DA CIRURGIA: 11/01/2024
 NOME: Silvia Dionísio Lima
 ENDEREÇO: Sítio Primavera
 BAIRRO: Chapadão CIDADE: Monte real TEL: (19) 992405264
 RG: 3682915-2 CPF: 30082546835 DATA DE NASCIMENTO: 13/03/1981

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FE NOME PANDORA D.N. ? SENHA 28 CHIP 900233004172794
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 7.12x12mm
Expiry date: 08/18/2028

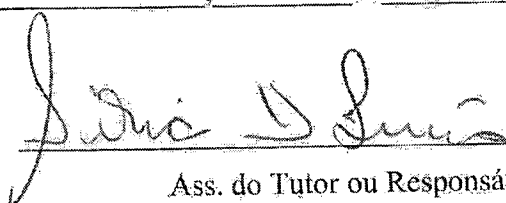
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

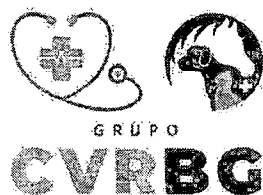
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

 Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/12

NOME:

Maria Opárcide R. Silva

ENDEREÇO:

Rua Rafael Dias n.º 80

BAIRRO:

J. Campos

CIDADE:

Monte Mor

RG:

22.883480

CPF:

DATA DE NASCIMENTO: 24/01/64**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Rian D.N. _____ SENHA 29 CHIP 902233004172793

ISO 11794/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
Expiry date: 09/18/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Maria Opárcide R. Silva

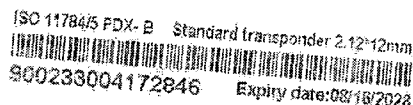
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2014NOME: ANARATA BALISTA MONTEENDEREÇO: Rua Belas montes dos santos n.º 207BAIRRO: NOVA ALVARADA CIDADE: MONTE MOR TEL: 19989861479RG: _____ CPF: 079.888.768-05 DATA DE NASCIMENTO: 1/1/1**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO FM NOME Pipoca D.N. _____ SENHA 30 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

ANARATA BALISTA MONTE ROSA

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 24

NOME: Agatha Oandoro de Oliveira

ENDEREÇO: Rua 13 nº 165

BAIRRO: Moura

CIDADE: Monte Mor

TEL: (19) 995538054

RG: 47.007 302.0 CPF: 348.217 018-55 DATA DE NASCIMENTO: 07 / 10 / 88

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME mazenha D.N. ? SENHA 31 CHIP 800233004172790

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
800233004172790 Expiry date: 08/10/2028

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização:

Monte Mor, 11 de janeiro de 2024

Agatha Oandoro de Oliveira
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 14/01/24

NOME: Cilene Vieira dos Santos

ENDEREÇO: Rua José Geraldo Soares n: 260 A

BAIRRO: Pq. do Café I **CIDADE:** Monte Mor **TEL:** (19) 93254-3728

RG: 44.329.714-9 **CPF:** 343.466.788-4 **DATA DE NASCIMENTO:** 24/02/85

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

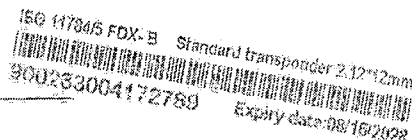
ESPÉCIE/SEXO FF NOME Deila D.N. _____ SENHA 32 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

Cilene Vieira dos Santos

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/01/2024

NOME: Gleise Nayane Pereira

ENDEREÇO: Miguel Pereira dos Santos

BAIRRO: Ipanema CIDADE: Monte Mar TEL: 9998955372

RG: 455394696 CPF: DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1990

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP
FE	Frepa		33	900233004172797

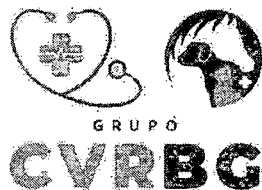
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172797 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Gleise Nayane Pereira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Deisy Inacio CostaENDEREÇO: R. Gisela Riquelme de Pontes nº 463BAIRRO: J. OliveiraCIDADE: Mato GrossoTEL: (11) 99165-9998RG: 41.463.216-3CPF: 333.979.558-7DATA DE NASCIMENTO: 16/07/1989

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: FM NOME: Lup D.N.: 8 SENHA: 34 CHIP: 900238004172795

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
Expiry date: 01/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2024

NOME: Silvano Vicente da Silva

ENDEREÇO: R. Gerolamo Souza Silva

377

BAIRRO: Jd. Paulista

CIDADE: Monte Mor

TEL: 19-98871-3566

RG: 36.030.470-9 CPF: 227.172.538-07 DATA DE NASCIMENTO: 08 / 06 / 1982

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Kiki D.N. SENHA 35 CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172837 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

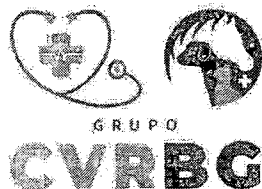
ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 11 de Janeiro de 2024.


 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 24

NOME: ELENITA B PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO: R. JOSÉ GONÇALO ALEXANDRE

BAIRRO: JD. PAVONI CIDADE: MONTE MOR TEL: (19) 993783599

RG: 414099461 CPF: 316 53586870 DATA DE NASCIMENTO: 26 / 02 / 84

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME MIVIDA D.N. SENHA 36 CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ISO 11794/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172841 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Elenita B.P da Silva

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 24NOME: Gersona Karia da SilvaENDEREÇO: R. Capelais Aguiar N. 370BAIRRO: Centro CIDADE: Monte Mor TEL: 19 981820482RG: _____ CPF: 474.284.088-7 DATA DE NASCIMENTO: 19 / 08 / 2000**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO FF NOME LUCY D.N. ? SENHA 37 CHIP 800233004172845

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Gersona Karia da Silva

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Ilma maria de SilvaENDEREÇO: Rua: PADRE CARLOS ROBERTO N° 88BAIRRO: ALVORADACIDADE: MUNTE MORTEL: 19 986070830RG: _____ CPF: 240.386.728 40 DATA DE NASCIMENTO: 13 / 08 / 1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado, e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11794/5 FDX-B Standard transponder 2,12*12mm
 900233004172835 Expiry date: 09/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Raposa D.N. _____ SENHA 38 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____.

Ilma maria de Silva

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 13 / 03 / 24

NOME: Rafaela Dias Sousa da Silva

ENDEREÇO: Madre Souza de Calanta

BAIRRO: São Clemente CIDADE: Monte Mer TEL: 199 8755 3050

RG: 44590798-8 CPF: 363.046.238-36 DATA DE NASCIMENTO: 22 / 11 / 88

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Mia D.N. SENHA 39 CHIP 900233004172842

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20

Rafaela Dias Sousa da Silva
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 11 / 24

NOME: Bruno Marcos Domingos Rodrigues

ENDEREÇO: Quintal da Promissão de Bombo N°156

BAIRRO: Jd. Alameda CIDADE: Monte Mor TEL: 19-9741-5810

RG: _____ CPF: 442.604.432-42 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 9 / 93

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900283004172826 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO f m NOME Tina D.N. ? SENHA 40 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Bruno Marcos Domingos

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

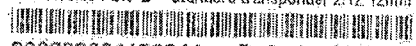
DATA DA CIRURGIA: 13/10/24NOME: Selange Custodio dos SantosENDEREÇO: Rua 6 nº 390BAIRRO: Jd Colina 1 CIDADE: Monte-Mor TEL: 19 991047743RG: 46316452-0 CPF: 40361704816 DATA DE NASCIMENTO: 05/01/90

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME SHARARA D.N. _____ SENHA 41 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

 900233004172844 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Selange C. dos Santos

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2024NOME: Bruna da Silva do NascimentoENDEREÇO: Rua Igobel Soares da Silva e Silva Pq. Bela Vista nº22BAIRRO: _____ CIDADE: Monte Mor TEL: 19 3204-7025RG: 49.447.685-0 CPF: 427.555.784-11 DATA DE NASCIMENTO: 12/04/1993

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Brigida D.N. _____ SENHA 42 CHIP _____ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172825 Expiry date: 08/16/2028ESPÉCIE/SEXO FM NOME Proença D.N. 7 SENHA 43 CHIP _____ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172832 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/01/2024

NOME:

Carlos S. Pinto Jr.

ENDEREÇO:

Rua LIMA BARRETO Nº 22

BAIRRO:

JARDIM VITÓRIA

CIDADE:

MONTA MORRIS

TEL:

19 986026000

RG:

CPF:

22015499822

DATA DE NASCIMENTO:

24/11/1980

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME MEL D.N. 2 SENHA 44 CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172834 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

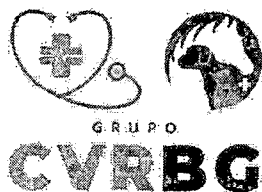
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPANHA DE CASTRAÇÃO**

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/01/24

NOME:

Jussara Bruno Ragues Ferraz

ENDEREÇO:

Av: Papa João Paulo II

BAIRRO:

São Clemente

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

(19) 98928-9458

RG:

44.465.787-3

CPF:

338.951.468-62

DATA DE NASCIMENTO:

09/09/1984**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172840 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Sol D.N. _____ SENHA 45 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

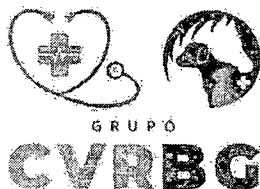
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Jussara B. D. Ferraz

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/01/24

NOME:

Adriana de Almeida Cunha

ENDEREÇO:

Rua: Jarbas de Paula, 101

BAIRRO:

Rep. Nova

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

98316 4448

RG:

18.523.208-5

CPF:

084.113.918-01

DATA DE NASCIMENTO:

01/06/1965

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Nina D.N. _____ SENHA 46 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
300233004172791 Expiry date: 08/18/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____.

Adriana de Almeida Cunha
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 24NOME: Jessica R. de P. SantosENDEREÇO: Rua Expedite Promissos de Paulo, 318BAIRRO: Café I CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 994524036RG: 3978779-1 CPF: 341.108.868-64 DATA DE NASCIMENTO: 09/12/1998

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO Fm NOME Parthenos D.N. 2 SENHA 47 CHIP 900233004172770 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm Expiry date: 02/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

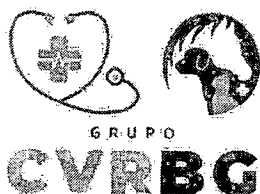
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 11 de Janeiro de 2024.

Jessica R. de P. Santos
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11/10/2019

NOME:

Vanda Alberta do Silva Braga

ENDEREÇO:

Rua 3 n 65

BAIRRO:

Jardim Paraisópolis

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

19 991117602

RG:

4080815201

CPF:

37152255806

DATA DE NASCIMENTO:

05/12/1982

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO:

F/M NOME Mike

D.N.:

SENHA:

48

CHIP:

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12x12mm
 900233004172829 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

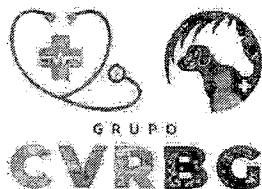
CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 22 / 02 / 24NOME: Dimitris Gomes de Medeiros SilvaENDEREÇO: Rua Angelina Scarassatti V. PiramichBAIRRO: Pq. Café I CIDADE: Monte Alegre TEL: (11) 9327-2557RG: 33.990.829-7 CPF: 477.729.068-97 DATA DE NASCIMENTO: 03/02/23

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Dessejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FF</u>	NOME	<u>Nikita</u>	D.N.	<u>7</u>	SENHA	<u>49</u>	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm 900233004172802 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Dimitris Gomes de M Silva

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Naiara Silva da LuzENDEREÇO: Rua João Luiz Dias n. 27BAIRRO: Ed. São Clemente CIDADE: Morroreiros TEL: 1999 2381056RG: 58058811-7 CPF: 476.324.708-4 DATA DE NASCIMENTO: 07 / 06 / 2000

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172831 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Jade D.N. ? SENHA 50 CHIP

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Naiara Silva da Luz

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11/03/2024NOME: Mariela Voz da SilvaENDEREÇO: Rua Santa CruzBAIRRO: Santa CruzCIDADE: Monte MorTEL: 19 991177508RG: 55131047CPF: 43836481855DATA DE NASCIMENTO: 05/07/1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perfeição e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME Clara D.N. _____ SENHA 51 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172823 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Mariela Voz da Silva

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 33 / 08 / 2024

NOME: Helena Rodrigues Fernandes

ENDEREÇO: Wilmar Expedito Toledo Galvão 233

BAIRRO: Jardim Panorama CIDADE: Monte Nor TEL: 39994483594

RG: 45.288.237-0 CPF: 365.733968 DATA DE NASCIMENTO: 09 / 06 / 1996

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172830 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Suzanna D.N. _____ SENHA 52 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

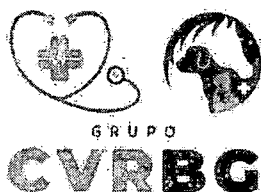
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Helena B. Fernandes

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/03/25

NOME:

Pamela da Silva Sobrinho

ENDEREÇO:

R. 2 N. 96

BAIRRO:

Sold Jorge

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

989.800.481RG: 48CPF: 229.135.788.37DATA DE NASCIMENTO: 15/03/89

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172828 Expiry date: 08/18/2028

ESPÉCIE/SEXO:

FF

NOME:

Chiquinho

D.N.:

—

SENHA:

53

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

ESPÉCIE/SEXO:

NOME:

D.N.:

SENHA:

CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11/01/2014

NOME: GENILDO S. SILVA

ENDEREÇO: R. 7 409

BAIRRO: MINACATU CIDADE: MONTE MON TEL: 9 84006498

RG: 2059941 CPF: DATA DE NASCIMENTO: 10/10/60

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: FM NOME: Morfeu D.N. SENHA: 54 CHIP:

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172838 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

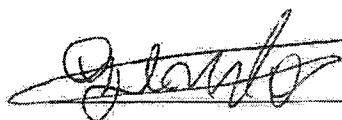
ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20 _____.



Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11 / 01 / 2024NOME: Kaique Ribeiro PiresENDEREÇO: Rua Flomboyant nº 52 ABAIRRO: FigueiraCIDADE: Monte MerTEL: 19 99181-9861RG: _____ CPF: 174.010.432.42 DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2-12*12mm

900233004172822 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO F/F NOME Sophie D.N. ? SENHA 55 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Kaique
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 11 / 01 / 20

NOME: Nubia Cristina Souza Belo

ENDEREÇO: Av. Joviano José Guedes Borden

BAIRRO: Central Park

CIDADE: Monte Mor

TEL: 19-994326589

RG: 46.355.817-7

CPF: 393.798.728-81

DATA DE NASCIMENTO: 04/06/190

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME João D.N. _____ SENHA 56 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004172824 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FM NOME Silvia D.N. _____ SENHA 57 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004172805 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FB NOME Nina D.N. _____ SENHA 58 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

900233004172798 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20 _____.

Nubia Belo

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 1 / 12

NOME: ZENILDA GONÇALVES

ENDEREÇO: RUA ANGELO ESCARZOTE VIGIAIDO 106

BAIRRO: CAPE 1

CIDADE: MORTE MOR

TEL:

RG:

CPF: 215 156 863 72 DATA DE NASCIMENTO: 11 / 1 / 60

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: FF NOME: LUNA D.N. SENHA: 01 CHIP: cortado

ESPÉCIE/SEXO: FM NOME: PITOMBUCA D.N. SENHA: 02

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: C 900233004172274

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____.

Maria Zenilda Gonçalves

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 11 / 2014

NOME: JONAS KEITOSA SAUTOS

ENDEREÇO: RUA JOAO VERNANDE 776

BAIRRO: CAPE 1

CIDADE: NOVA MOR

TEL:

RG:

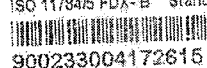
CPF: 940 489 81954

DATA DE NASCIMENTO: 8 / 15 / 93

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME MORIANA D.N. _____ SENHA 03 CHI ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

 900233004172615 Expiry date: 08/16/2028

E: _____ CIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

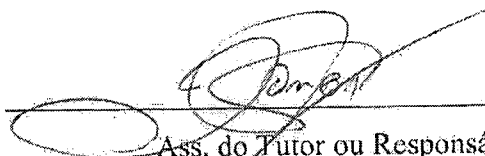
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.


 Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 1 / 2014

NOME: ZENILDA GONÇALVES

ENDEREÇO: RUA ANGELINO ELKAPORTE VIGIANDO 106

BAIRRO: CAPE 1

CIDADE: NORTE MOR

TEL:

RG:

CPF: 295 186 867 72 DATA DE NASCIMENTO: 11 / 1 / 1960

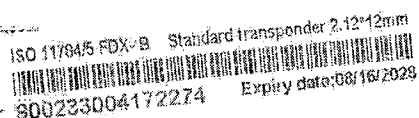
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: FF NOME: LUNA D.N.: SENHA: 01 CHIP: cortado

ESPÉCIE/SEXO: FM NOME: PITCHURRO D.N.: SENHA: 02



ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N.: SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N.: SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N.: SENHA: CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20

Maria Zenilda Gonçalves

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 02 / 11 / 2014

NOME: JONAS FEITOSA SAUTOS

ENDEREÇO: RUA JOAO VIGNARDO 776

BAIRRO: CAPE 1 CIDADE: MONTE MOR TEL:

RG: CPF: 440 484 81954 DATA DE NASCIMENTO: 8 / 15 / 1993

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME MORRANA D.N. SENHA 03 CHI

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172615 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

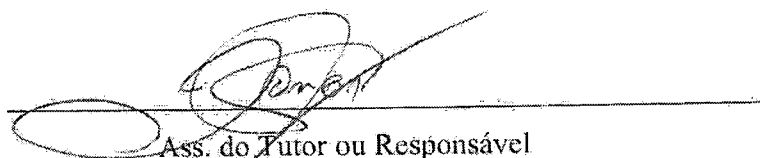
ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME D.N. SENHA CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20



Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12 / 9 / 26

NOME: ISABEL CRISTINA PUITZAU MOREIRA

ENDEREÇO: K A. 9

BAIRRO: CHAL. SANTA BARBARA CIDADE: MONTE MOR TEL:

RG: 37 606 423 01 CPF: DATA DE NASCIMENTO: 2 / 9 / 75

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F/M NOME CHARMOSO D.N. SENHA 04 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172516 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

Isabel C. Q. Moreira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12 / 7 / 12NOME: ELIZETE FERNADES MOTAENDEREÇO: AV. LUIZ GONZAGA DE NASCIMENTO 1330BAIRRO: PAULISTACIDADE: MONTI MOR

TEL: _____

RG: _____

CPF: 634560653DATA DE NASCIMENTO: 29 / 10 / 65

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME SNOOPY D.N. _____ SENHA 05 CHIP _____

ISO 11784/5 FDx-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172264 Expiry date: 08/16/2028

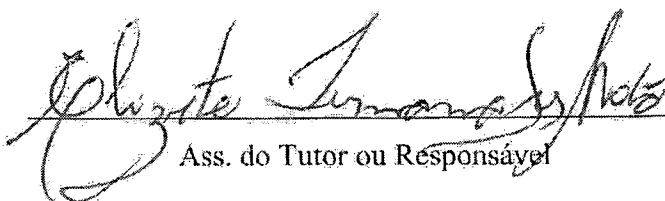
ESPÉCIE/SEXO FM NOME SULHIO D.N. _____ SENHA 06 CHIP _____ESPÉCIE/SEXO FF NOME MEL D.N. _____ SENHA 07 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____


 Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/11/14

NOME: CRISTIANE RAMOS BARBOSA DO PRADO

ENDEREÇO: RUA ANTIGA 6 57

BAIRRO: CAUABINHA

CIDADE: MONTA MOR

TEL:

RG:

CPF: 116.685.406-06

DATA DE NASCIMENTO: 31/08/193

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	FF	NOME	ANGELA	D.N.	SENHA	8	CHI	ISO 11764/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172279 Expiry date: 02/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHI	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Cristiane Ramos Barbosa do Prado

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12 / 1 / 2012

NOME: DIEGO SOARES DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: RUA HERIQUÊ DE CAMARGO 237

BAIRRO: SAÍD SORGE

CIDADE: NOVA TE MOR

TEL:

RG:

CPF: 44793785946

DATA DE NASCIMENTO: 25 / 10 / 1985

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 é raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F M NOME FRASOLA

D.N.

SENHA 9

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172285 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

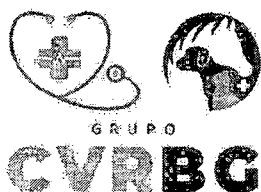
CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Diego Soares de Oliveira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12 / 7 / 2024

NOME: NATALIA MACEDO

ENDEREÇO: RUA ANA DE LIMA PINHA 1805

BAIRRO: SÃO CLEMENTE

CIDADE: MONTE MOR

TEL:

RG:

CPF: 90934994863

DATA DE NASCIMENTO: 19 / 10 / 2002

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME RAISA

D.N.

SENHA 10

CH

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172283 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME MARGARIDA

D.N.

SENHA 11

CI

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172256 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME CIRASSOL

D.N.

SENHA 12

CI

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172277 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO NOME

D.N.

SENHA

CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Natalia Macedo

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: ____/____/____

NOME: ELEUZA CELESTINO

ENDEREÇO: RUA ANA DE LIMA PINTA 1405

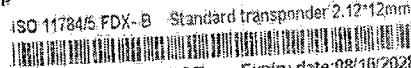
BAIRRO: SÃO CLEMENTE CIDADE: MONTA MOR TEL: _____

RG: 168798384 CPF: 0743076860 DATA DE NASCIMENTO: 31/03/1960

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplace e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>FE</u>	NOME	<u>SARVÉ</u>	D.N.	SENHA	<u>13</u>	CHIP	
							ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm  900233004172267 Expiry date: 08/10/2028	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.


Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPAÑA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 1 / 24NOME: MARIA VERALUCIAENDEREÇO: RUA MARTIN PESCADOR 72BAIRRO: JO ITAPUONCIDADE: MONTA MOR

TEL: _____

RG: 903903521

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: 17 / 11 / 82

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO Fm NOME Bacilio

D.N. _____

SENHA 14

CHIP

117845 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172286 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____

NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____

NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____

NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____

NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 1 / 2014

NOME: JUCILENE ROCHA LIMA

ENDEREÇO: RUA SÃO VIGNANÇO 716

BAIRRO: PR DO COFÉ 7

CIDADE: NOITE MORE

TEL:

RG: 82.867.036/9

CPF:

DATA DE NASCIMENTO: 27 / 12 / 2012

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO PF NOME PANTERA

D.N.

SENHA 15

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172272 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO PF NOME CORINA

D.N.

SENHA 16

CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172248 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

ESPÉCIE/SEXO

NOME

D.N.

SENHA

CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de

de 20

Jucilene Rocha Lima

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: ____/____/____

NOME: SHIELA OLIVEIRAENDEREÇO: RUA LUIZ MIGUEL 493BAIRRO: PAULISTACIDADE: MONTI MOR

TEL: _____

RG: 42 8434873 CPF: _____DATA DE NASCIMENTO: 28/12/196

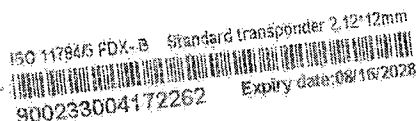
TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME CINDY

D.N. _____

SENHA 17

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____.

Shiela Oliveira

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 11 / 2014

NOME: MARCELA VAZ DE LIMA

ENDEREÇO: RUA SANTA CRUZ

BAIRRO: SANTA CRUZ CIDADE: MONTE ALEGRE TEL:

RG: CPF: 93836451855 DATA DE NASCIMENTO: 05 / 12 / 1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	PP	NOME	NEGUINHA	D.N.	SENHA	18	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172280 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	FF	NOME	FOFURA	D.N.	SENHA	19	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172263 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Marcela Vaz de Lima

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 1 / 12

NOME: MARILDA APARECIDA HERMENGILDO SILVA

ENDEREÇO: JOAQUIM GERALDO CARNEIRO ANTIGA 92

BAIRRO: SAN PEDRO

CIDADE: MONTE MOR

TEL:

RG:

CPF: 17351541807 DATA DE NASCIMENTO: 18 / 4 / 1955

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO Fm NOME SILVA D.N. _____ SENHA 20 CHIP ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
500233004172278 Expiry date: 09/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

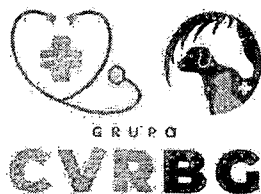
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12/11/2014NOME: CLEUSA PEREIRO DIASENDEREÇO: RUA YAIPE PIRES DE CAMPOS 119BAIRRO: CHAC. MIRIMCIDADE: MUNTE MOR

TEL: _____

RG: 18 9003642

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: 29/3/52

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 é raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME FLAVIO

D.N. _____

SENHA 21

CHIP _____

ISO 11784/5 FDx-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172268 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO fm NOME BRUCE

D.N. _____

SENHA 22

CHIP _____

ISO 11784/5 FDx-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172264 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

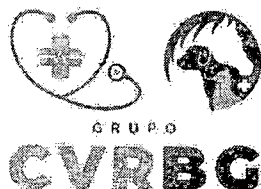
SENHA _____

CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Cleusa B. Dias
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 9 / 2014

NOME: YABIO FERNANDO APARECIDO LUCIO

ENDEREÇO: JOSE JOÃO BATISTA

BAIRRO: N.º SEN. FÁTIMA CIDADE: MORTÉ MOR TEL:

RG: CPF: 26492254830 DATA DE NASCIMENTO: 21 / 03 / 1974

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME BRADYBLAU D.N. _____ SENHA 23 CHIP _____
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172269 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Yabio Fernando Aparecido Lucio

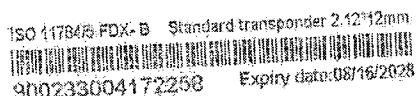
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPAHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 7 / 2019NOME: BEATRIZ MUNES TEIVEIRAENDEREÇO: RUA V. G. V.BAIRRO: PAULISTA CIDADE: MATEUS TEL: _____RG: _____ CPF: 164.935.948-72 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 11 / 1998**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

~ Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino é tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO: FF NOME: GAMORA D.N.: _____ SENHA: 24 CH: ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

900233004172250 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

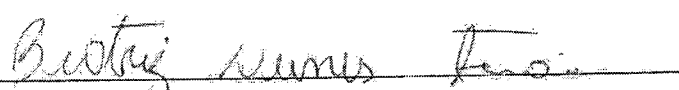
ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.


Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 22 / 1 / 2017NOME: NAIRE FAUSTINOENDEREÇO: RUA 5BAIRRO: NOVA ALVOPAZACIDADE: MORTE MOO

TEL: _____

RG: _____

CPF: 996 121 70950DATA DE NASCIMENTO: 24 / 1 / 1997

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>Fm</u>	NOME	<u>TOM</u>	D.N.	_____	SENHA	<u>25</u>	CHI	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172266 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	<u>Fm</u>	NOME	<u>ANDRELO</u>	D.N.	_____	SENHA	<u>26</u>	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172276 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	_____	SENHA	_____	CHIP	_____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 7/2/12NOME: LILIA MARY DA SILVAENDEREÇO: RUA JOSÉ SABINO Lobo 219BAIRRO: SAI REMOCIDADE: MUNTE MOR

TEL: _____

RG: 44.445.2084

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: 20/10/1967

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FM NOME NIAU

D.N. _____

SENHA 27

CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172257 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____

D.N. _____

SENHA _____

CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPAÑA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12 / 7 / 2014

NOME: ORIVALDO NEGRELLO

ENDEREÇO: ALAMEDA ALMIRANTE TAMANARÉ 172

BAIRRO: Pq IMPERIAL

CIDADE: MONTE MOR

TEL:

RG: 11 425 768

CPF:

DATA DE NASCIMENTO: 13 / 11 / 1978

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	FM	NOME	BONICO	D.N.	SENHA	28	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004172281 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: GABRIEL RODRIGUES DOS SANTOSENDEREÇO: AV. BORNHAGE RIO 276BAIRRO: FIGUEIRACIDADE: MONTA NOVA

TEL: _____

RG: _____

CPF: 238 345 918 66 DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO PM NOME PIPOCA D.N. _____ SENHA 29 CHIP _____
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172271 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO PM NOME MEL D.N. _____ SENHA 30 CHIP _____
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172259 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Gabriel R. dos Santos
 Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

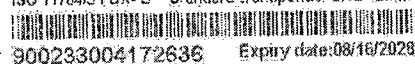
DATA DA CIRURGIA: 72 / 9 / 27NOME: PAULO JOSÉ ALMEIDA SANTOSENDEREÇO: RUA LAURINDO FERNANDES DE CAMPOS 259BAIRRO: CAMPOS DOURADOS CIDADE: MORTE MORA TEL: _____RG: _____ CPF: 08960256507 DATA DE NASCIMENTO: 3 / 11 / 86**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO FF NOME MAYA D.N. _____ SENHA 31 CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____


900233004172636 Expiry date: 08/18/2028

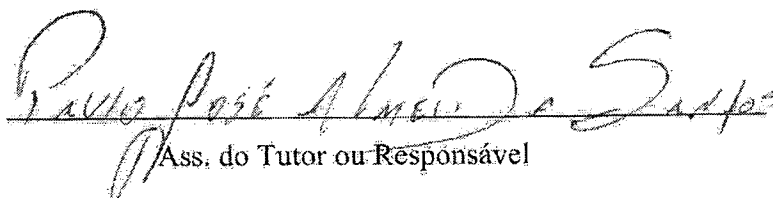
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.


Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 22/7/24

NOME: MARIA TRINDADE LEITE

ENDEREÇO: JOSE GONCALO ALEXANDRE 89

BAIRRO: PAVOTTI

CIDADE: MONTA AOR

TEL:

RG: 35 716 712 2

CPF:

DATA DE NASCIMENTO: 28/7/14

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO PF NOME MARIA TRINDADE D.N. SENHA 32

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172275 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME CHIGUITA D.N. SENHA 33

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172270 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO FF NOME YIGARETE D.N. SENHA 34

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004172249 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. SENHA _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 ____

Maria Trindade Leite

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 12 / 01 / 2024NOME: Elisabete AmatiENDEREÇO: João Fernandes de Campos 93BAIRRO: Fl. Campos Mourado CIDADE: Monte mor TEL: 9.983.33018
3849 6678RG: 20474936-0 CPF: 271680338-24 DATA DE NASCIMENTO: 20 / 06 / 1969**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME XAYA D.N. _____ SENHA 35 CHI ISO 11784/5 FDX-S Standard transponder 2.12*12mm
900233004172612 Expiry date: 09/16/2028

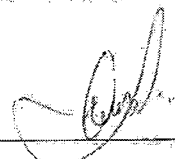
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte mor, 12 de Janeiro de 2024
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: Tania A. CruzENDEREÇO: Rua 37, 369BAIRRO: Id. Paulist CIDADE: M. Mor TEL: 19 981015254RG: 205499658 CPF: 11466844816 DATA DE NASCIMENTO: 03/10/65**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO FM NOME Catatan D.N. 06/21 SENHA 36 CHIP catatan

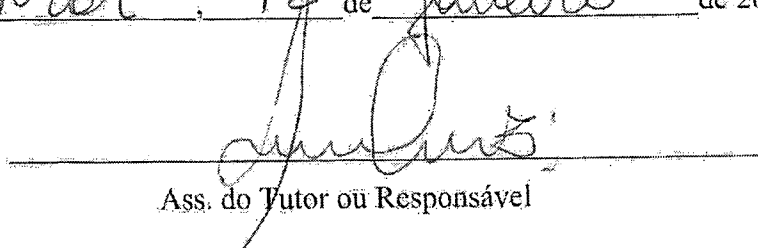
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

M. Mor, 14 de Janeiro de 20 23.
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/01/22NOME: Carlane Floris dos ReisENDEREÇO: Rua Boa EsperançaBAIRRO: Chapadão CIDADE: Monte Mor TEL: 19982139330RG: 39493762 CPF: 3216162287 DATA DE NASCIMENTO: 22/07/1984

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F F NOME Princiver D.N. _____ SENHA 37 CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004172252 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

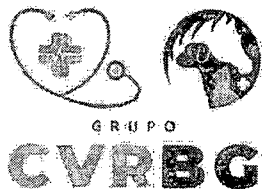
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Carlane Floris dos Reis
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 01 / 24

NOME:

Elizete Fernandes Costa

ENDEREÇO:

Av. Luiz Gonzaga do Nascimento, 1350

BAIRRO:

Jardim

CIDADE:

Monte Mor

TEL:

(19) 987181427

RG:

Paulista

CPF:

634560606/53

DATA DE NASCIMENTO:

29 / 10 / 65

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME LUA D.N. _____ SENHA 38 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12x12mm
 900233004172261 Expiry date: 08/15/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20 ____.

Elizete S. Costa

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DACIRURGIA: 12 / 01 / 24
 NOME: Alan Roberto Antunes
 ENDEREÇO: JD MOREIRA / Rua 04.366
 BAIRRO: _____ CIDADE: Monte Mor TEL: 994324973
 RG: _____ CPF: 400.690.2986 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 02 / 92

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO FF NOME JADE D.N. _____ SENHA 39 CH ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12-12mm
900233004172623 Expiry date: 08/16/2023
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHir _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____
 ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____.

Alan Roberto Antunes

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/01/24NOME: Vero. NegreloENDEREÇO: Rua. Alameda Almirante Tamandare nº 172BAIRRO: V. Imperial CIDADE: Monte mor TEL: 991685337RG: _____ CPF: 102 046 208-64 DATA DE NASCIMENTO: 07/03/68

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO F-M NOME Lion D.N. _____ SENHA 51 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ISO 11754/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004172646 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

Vero. Negrelo
 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: ____/____/____

NOME: LETICIA VITORIA DE ALMEIDA GOMESENDEREÇO: AV. 9 180BAIRRO: DELA VISTACIDADE: MONTENOPOLIS

TEL: _____

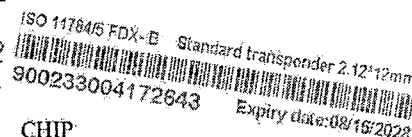
RG: _____ CPF: 48854497999 DATA DE NASCIMENTO: 7 13 2009

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO <u>FM</u>	NOME <u>MARIE</u>	D.N. _____	SENHA <u>40</u>	
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____
ESPÉCIE/SEXO _____	NOME _____	D.N. _____	SENHA _____	CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Letícia V. d. A. Gomes
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12/01/24NOME: Ubalena Vieira LimaENDEREÇO: Rua 01 nº 217BAIRRO: Ed. Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: 98841-9761RG: 40.808.426-01 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 29/09/85

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Dessejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

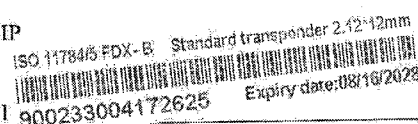
ESPÉCIE/SEXO FF NOME Pandora D.N. _____ SENHA 42 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHI _____

ESPÉCIE/SEXO FF NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

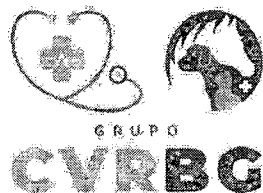


Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Ubalena V. Lima

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

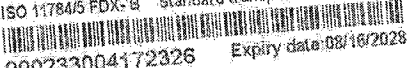
TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 12 / 01 / 24NOME: Adriana Paula de AlmeidaENDEREÇO: Rua Vilmar Espedite Toledo Ladeira nº 63BAIRRO: Panorama CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 989395163RG: 27.894.865-0 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 04/04/77

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

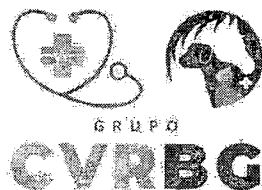
ESPÉCIE/SEXO	<u>FF</u>	NOME	<u>BTimim</u>	D.N.		SENHA	<u>44</u>	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm  900233004172326 Expiry date: 08/18/2028 Chip
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Adriana P. de Almeida

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Bianca Krauchenco Costa

ENDEREÇO: Rua Barrocas Rivas

BAIRRO: Figueira 3 CIDADE: Monte Mer TEL: 19 992522668

RG: 539010893 CPF: 42663996858 DATA DE NASCIMENTO: 10 / 06 / 2002

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: C M NOME: Uilaul D.N. SENHA: 114 CF

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174218 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: C M NOME: Theodor D.N. SENHA: 115 CHIP: cartão

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Bianca Krauchenco Costa

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Adriana de Souza Barbosa

ENDEREÇO: Rua Teana Sobugue da Silva n° 34

BAIRRO: Ord. Paulista CIDADE: Monte mor TEL: 19 981796415

RG: _____ CPF: 39141537890 DATA DE NASCIMENTO: 15 / 06 / 82

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 é raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: CF NOME: Belinha D.N.: 7 SENHA: 116


ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20_____.

Adriana de Souza Barbosa

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPAÑA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Danilo Bonifácio Dos Santos

ENDEREÇO: Rua Joana Lombardi da Silva

BAIRRO: JD Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 98179-6415

RG: CPF: 533.938.628/06 DATA DE NASCIMENTO: 11 / 05 / 2005

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	CF	NOME	Pantera	D.N.	?	SENHA	117	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
								900233004174215 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME:

Luana Barbara Milone Soares

ENDEREÇO:

Rua Carmo Sabugue de Silva Antigo 8 n° 46

BAIRRO:

Bulizito

CIDADE:

Monte mor

TEL:

19 98362602

RG:

CPF:

51621366898

DATA DE NASCIMENTO:

26 / 02 / 2004

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C F NOME Luís D.N. ? SENHA 118 CHIP

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
 900233004174216 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 1 / 24

NOME: DAYANA NAVARRO

ENDEREÇO: RUA 5 Nº 77

BAIRRO: COLINA 9

CIDADE: MORTE MGR

TEL: _____

RG: 29562794/7

CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: 02/10/1986

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTÉSIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

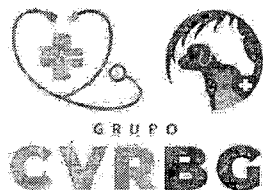
ESPÉCIE/SEXO	CF	NOME	MEL	D.N.	?	SENHA	119	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174226 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.		SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Dayana Navarro

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL: _____ DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Maura Antonia Sant'Ana

ENDEREÇO: Oscar Bando de Almeida, 331

BAIRRO: Quinhão da Boa Exp. CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 92437-7068

RG: 47412.683-3 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 21 / 05 / 91

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CM NOME Cestiva D.N. _____ SENHA 120 CHIP certificado

ESPÉCIE/SEXO CF NOME Alta D.N. _____ SENHA 121 CI ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

900233004174228 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de junho de 20 24

Maura Antonia Sant'Ana

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: CARLOS ANTONIO R. da SILVA

ENDEREÇO: Rua Jesuclia NO 180

BAIRRO: PQ Res Fátima CIDADE: MONTE MOR TEL: 994398478

RG: 20.493.364-X CPF: 055.037.88870 DATA DE NASCIMENTO: 25 / 10 / 67

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CM NOME THOR D.N. ? SENHA 122 CI

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174213 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO CM NOME THAO D.N. ? SENHA 123 CH^{ra}

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174220 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CH

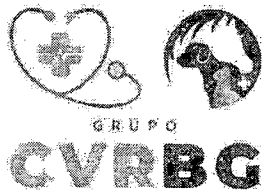
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/07/2024

NOME: Maurício Martins S. NetoENDEREÇO: Rua Vera Loucia Dias nº 317 BBAIRRO: J.D. Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 99786-8883RG: _____ CPF: 280.263.788-30 DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO cm NOME Pitaco D.N. _____ SENHA 124 CHIP Catado

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

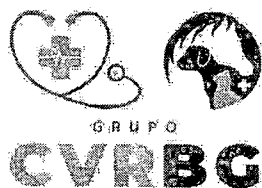
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Maurício Martins S. Neto
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2014

NOME: Lucas Rodrigues Missias

ENDEREÇO: Rua Benedito Justino nº 58 A

BAIRRO: JD. PAULISTA CIDADE: Monte Mor TEL: 19988400454

RG: CPF: 341621 378-54 DATA DE NASCIMENTO: 08/12/1997

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perfeição e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C M NOME Apelo D.N. _____ SENHA 125 CHIP _____

ISO:11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004174225 Expiry date:08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

MISSIAS
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

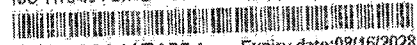
DATA DA CIRURGIA: 10/10/12NOME: Suellen Rodrigues do NascimentoENDEREÇO: Rua José Pinto RodriguesBAIRRO: São Clemente CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 98182-0988RG: 47.041.290-2 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 05/03/85

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CF NOME Luna D.N. _____ SENHA 131 CH _____

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm

 900233004174234 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Suellen R. do Nascimento

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/24NOME: Farato Delfino VianaENDEREÇO: Cicero medes da SilvaBAIRRO: SD. Nova Alvorada CIDADE: Monte Mor TEL: (18) 92000-8877RG: 33681969 CPF: _____ DATA DE NASCIMENTO: 07/07/21

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	<u>CM</u>	NOME	<u>Apelo</u>	D.N.	SENHA	<u>132</u>	CHIP	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm 900233004174222 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____
ESPÉCIE/SEXO	_____	NOME	_____	D.N.	SENHA	_____	CHIP	_____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Farato Delfino Viana
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024NOME: João Paulo RandiENDEREÇO: R: JOSÉ GERALDO SOARES 181BAIRRO: CAFÉ CIDADE: MONTA MOR TEL: 19 991.26.2057RG: 35.198.129-9 CPF: 288.643.778-67 DATA DE NASCIMENTO: 24/10/1979

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: CF NOME: LUNA D.N.: 7 SENHA: 134 CH

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
 900233004174233 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____

Ass. do Tutor ou Responsável

**CAMPAHA DE CASTRAÇÃO**TUTOR OU RESPONSÁVEL: MariaDATA DA CIRURGIA: 30 / 03 / 2021NOME: Maria Isabella FerrazENDEREÇO: Rua 1 nº 128BAIRRO: Pq Bela Vista CIDADE: Monte Mor TEL: 17 98979-2510RG: _____ CPF: 908.689.708-27 DATA DE NASCIMENTO: 08 / 02 / 2006**TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA**

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO cm NOME Thor D.N. _____ SENHA 135 CHIP 900233004174236

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

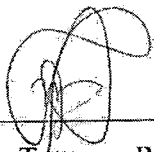
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20 ____.


Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 30/01/24NOME: Rute Alves de OliveiraENDEREÇO: Rua 23 145BAIRRO: Jardim Alvorada CIDADE: Monte Mor TEL: 39987727287RG: 252434894 CPF: 290.635.98823 DATA DE NASCIMENTO: 03/06/73

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Delejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descreminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

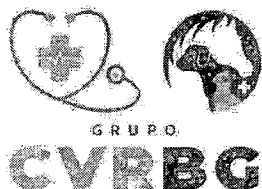
ESPÉCIE/SEXO	GE	NOME	<u>Amora</u>	D.N.	SENHA	<u>136</u>	CHIP	
								ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
								900233004174238 Expiry date: 08/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____.

Rute Alves de Oliveira

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2025NOME: Gabyella Karoline BritoENDEREÇO: Rua Benedito Mathias, 485BAIRRO: Tril. Guarabara CIDADE: Monte Mor TEL: 19 995250697RG: 572707150 CPF: 964 525298⁴⁶ DATA DE NASCIMENTO: 28 / 08 / 2001

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO C F NOME Rosandra D.N. _____ SENHA 137 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Gabyella Karoline Brito
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024NOME: Denise Paula da SilvaENDEREÇO: Rua Francisco Clides Oliveira nº 181BAIRRO: Jardim Progresso CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 945 07-8884RG: 41.117.179-3 CPF: 34288215803 DATA DE NASCIMENTO: 07 / 05 / 1986

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: CM NOME: Bob D.N.: _____ SENHA: 138 CHIP: _____
 ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____
 ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2,12x12mm
 900233004174235 Expiry date: 09/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA:

10/01/24

NOME:

MARCELLO CASSINO RODRIGUES

ENDEREÇO:

RUA JOÃO EPITÁCIO RODRIGUES, 349

BAIRRO:

CHAC. REC. PALMARES

CIDADE:

MONTE MOR

TEL:

13 98136 0122

RG:

13739108-0

CPF:

126317088-90

DATA DE NASCIMENTO:

09/11/68

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	CF	NOME	PAN TERA	D.N.	SENHA	139	ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm 900233004174237 Expiry date: 09/16/2028
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA		
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	
ESPÉCIE/SEXO		NOME		D.N.	SENHA	CHIP	

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de _____ de 20_____
 Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024NOME: Daniela C. dos S. AlmeidaENDEREÇO: Rua: 35 n. 122 A Jd. PaulistaBAIRRO: Jd. Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 9832281-85RG: 52.419.379-4 CPF: 479.074.818-99 DATA DE NASCIMENTO: 17 / 12 / 1999

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Dessejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CF NOME mel D.N. 05/06/2023 SENHA 140 CHIPISO: 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174239 Expiry date: 08/16/2028ESPÉCIE/SEXO CF NOME Nina D.N. — SENHA 141 CHIPESPÉCIE/SEXO — NOME — D.N. — SENHA — CHIPISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174242 Expiry date: 08/16/2028ESPÉCIE/SEXO — NOME — D.N. — SENHA — CHIPESPÉCIE/SEXO — NOME — D.N. — SENHA — CHIP

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____, de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

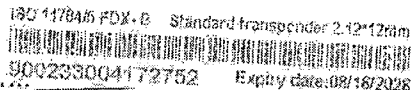
TUTOR OU RESPONSÁVEL:

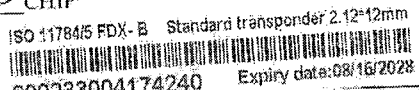
DATA DA CIRURGIA: 20 / 01 / 24NOME: Ana Caroline Silva PradoENDEREÇO: Rua Ramiro Teixeira AlvesBAIRRO: Sa. Paulo CIDADE: Mont. Azul TEL: 19 99223-9949RG: 38.095.727-9 CPF: 403.590.338-29 DATA DE NASCIMENTO: 19 / 12 / 2001

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo descrito(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CM NOME Thomas D.N. _____ SENHA 142  ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
500233004172752 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO CM NOME ICE D.N. _____ SENHA 143 CHIP  ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
500233004174240 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ana S. Prado

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Pedro Henrique de Almeida

ENDEREÇO: Inácio de Almeida nº 307

BAIRRO: Vista Alegre CIDADE: Monte Mor TEL: 994 534945

RG: 54906707-5 CPF: 50338827033 DATA DE NASCIMENTO: 06 / 07 / 2001

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Delejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP
CF	DOBINHA		144	
ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP
ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP
ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP
ESPÉCIE/SEXO	NOME	D.N.	SENHA	CHIP

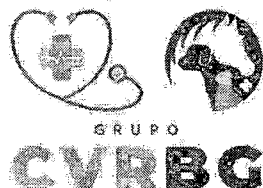
ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004174241 Expiry date: 08/16/2028

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20

Pedro Henrique

Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2019NOME: Laura Emanuelle Farias GidoENDEREÇO: Rua Francisco Glicério, 998BAIRRO: Bar. Val. Antonio CIDADE: Monte Mor TEL: 928457598RG: 46926281-3 CPF: 38467002807 DATA DE NASCIMENTO: 17/03/1990

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

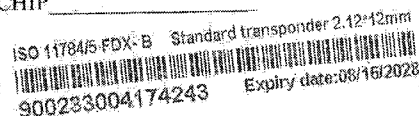
ESPÉCIE/SEXO: C.F. NOME: Amelia D.N.: 201019 SENHA: 145 CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____

ESPÉCIE/SEXO: _____ NOME: _____ D.N.: _____ SENHA: _____ CHIP: _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de Janeiro de 20 2019.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/01/2024NOME: Sinira Maria da Carmo BraunENDEREÇO: R. do Cruzeiro n°BAIRRO: J. Jurema CIDADE: Monte Mar TEL: 974080400RG: 23201823 CPF: 138.0062899 DATA DE NASCIMENTO: 19/01/53TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza - CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAISESPÉCIE/SEXO CM NOME Thor D.N. 7 SENHA 146 CHIPISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174244 Expiry date: 02/16/2028ESPÉCIE/SEXO CF NOME Ziguifrido D.N. 7 SENHA 147 CHIPISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12*12mm
900233004174246 Expiry date: 02/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mar, 10 de Janeiro de 2024.Erisangela Braun.

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DACIRURGIA: 10/04/2024

NOME: Dulce Elaine B. Pires

ENDEREÇO: R. Geraldo Souza Silva

BAIRRO: Jd. Paulista CIDADE: Monte Mor TEL: 995 422121

RG: 34.124.654-2 CPF: DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1980

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO: F NOME: Kixi D.N. SENHA: 148 CH

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004172747 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO: F NOME: Kiara D.N. SENHA: 149 C

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
900233004174245 Expiry date: 08/16/2028

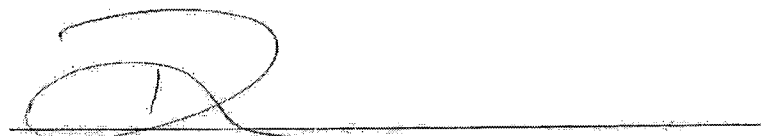
ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

ESPÉCIE/SEXO: NOME: D.N. SENHA: CHIP:

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

de de 20



Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10/10/12

NOME: Tatiane Cristina C. Mendes

ENDEREÇO: R. Anna Lucia Pedini nº 45

BAIRRO: Sd. Daniela CIDADE: Monte Mor TEL: (19) 994140244

RG: 48292001 CPF: 3945920830 DATA DE NASCIMENTO: 12/07/88

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

- Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CF NOME Pandora D.N. _____ SENHA 150 CF

ISO 11704/5 FDX-B Standard transponder 2.12x12mm
300283004172753 Expiry date: 08/16/2028

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20 _____

Tatiane C.C. Mendes

Ass: do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024

NOME: Lilian de Souza Machado

ENDEREÇO: Rua Lopez Sales

BAIRRO: Pq. Café 1 CIDADE: Monte Mor TEL: 11 9 98605897

RG: 455726668 CPF: 340717588 DATA DE NASCIMENTO: 12 / 05 / 85

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CF NOME Lauka D.N. ? SENHA 151

ISO 11784/5 FDX-B Standard transponder 2.42*12mm
900233004172758 Expiry date: 03/16/2023

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20_____

Lilian de Souza Machado

Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024

NOME: Heder R. P. Ramos

ENDEREÇO: Rua Miguel Pereira dos Santos Nº 100

BAIRRO: Sd Morice **CIDADE:** Monte Mor **TEL:** 13 988336604

RG: 46926154-2 **CPF:** 39219133814 **DATA DE NASCIMENTO:** 12/06/1990

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e triplíce e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO Clf NOME Scarlett D.N. _____ SENHA 152 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CF. _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

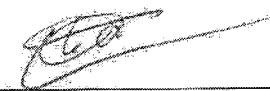
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.


Ass. do Tutor ou Responsável

CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 24

NOME: Milena Aparecida Ferreira de Aguiar

ENDEREÇO: Domingos Genta 137A

BAIRRO: Cidade Jardim CIDADE: Monte Mor TEL: 19 98930 3462

RG: 489435534 CPF: 39250152809 DATA DE NASCIMENTO: 02 / 09 / 1992

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

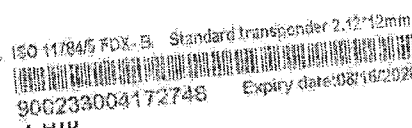
ESPÉCIE/SEXO CA NOME Luna D.N. 02/03 SENHA 153 CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____

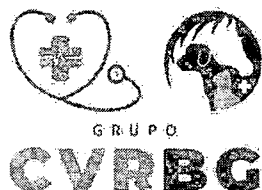
ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____



Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

Monte Mor, 10 de Jan de 20 24.

[Assinatura]
Ass. do Tutor ou Responsável



CAMPANHA DE CASTRAÇÃO

TUTOR OU RESPONSÁVEL:

DATA DA CIRURGIA: 10 / 01 / 2024

NOME: Miguel Romires Felix SilveiraENDEREÇO: Avenida Peçari, 930BAIRRO: Panorama CIDADE: Monte Mor TEL: 995827464RG: 5582836-5 CPF: 47457171890 DATA DE NASCIMENTO: 11 / 03 / 2001

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA ANESTESIA E CIRURGIA

— Desejo esterilizar meu(s) animal (is) abaixo discriminado(s) e autorizo a aplicação de sedativos e/ou anestésicos necessários para os procedimentos cirúrgicos, declarando que fui informado/a que estes procedimentos podem apresentar complicações, mesmo quando aplicados com perícia e prudência. Declaro estar ciente dos riscos anestésicos, sendo o óbito um deles. Autorizo o Médico Veterinário responsável pela campanha de castração Dr. Ricardo de Almeida Souza – CRMV-SP 6089, a realizar o procedimento cirúrgico, nada podendo reivindicar em qualquer momento. Declaro também que meu animal está com a vacinação completa (v8 e raiva para canino e tríplice e raiva para felinos), aplicados há menos de um ano e vermifugado há pelo menos seis meses. Caso esses procedimentos não tenham sido feitos, reconheço que os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas são maiores. Responsabilizo-me por cumprir as orientações recebidas aqui quanto ao pré-operatório e pós-operatório e receituário do meu animal e assumo todos os encargos de eventuais complicações que possam ocorrer, nada podendo reclamar ou exigir do médico veterinário acima citado e responsável pelo procedimento. Sendo que ele não se responsabiliza se acaso o animal for encaminhado a outro veterinário, sem prévia autorização do cirurgião responsável.

DADOS DOS ANIMAIS

ESPÉCIE/SEXO CF NOME Mauriceira D.N. ? SENHA 154 CHIP Cortado

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

ESPÉCIE/SEXO _____ NOME _____ D.N. _____ SENHA _____ CHIP _____

Por ter lido e concordado com os termos acima, assino a presente autorização.

_____ de _____ de 20____.

Ass. do Tutor ou Responsável

Prefeitura Municipal de Monte Mor
Bem Estar Animal

rua: Arthur Borcato, 105, Parque do Café Monte Mor/SP

Fone : (19) 99824-2190

Email: bem-estar.animal@montemor.sp.gov.br

150

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

Eu, Lucas Silva de Aquino

RG 37.091.618-9 CPF 422.635.618-70 TEL. 19 98282-7365

RESIDENTE: RUA/AV. Rua Dois Nº 93

BAIRRO Parque do Café 2 SOLICITO E AUTORIZO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PELO QUAL O MEU ANIMAL ABAIXO CITADO SERÁ SUBMETIDO, ESTANDO CIENTE DOS RISCOS DURANTE A CIRURGIA E O TRANSPORTE DO ANIMAL, BEM COMO DOS CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS (de acordo com a identificação do animal em anexo), isentando todo e qualquer funcionário e/ou voluntário de possíveis acidentes e/ou fatalidade que possa acontecer durante procedimento cirúrgico e pós cirurgia.

DADOS DOS ANIMAIS

Animal 1 - cão ☐ gato ☒
Sexo ☐ macho ☒ fêmea

Animal 2 - cão ☐ gato ☐
Sexo ☐ macho ☐ fêmea

IDADE: 7/8 meses
NOME: Síndel
RAÇA: Vira-lata
COR: Preta
PESO: 2,7 kg

IDADE: _____
NOME: _____
RAÇA: _____
COR: _____
PESO: _____

DATA: 12/03/24

ASSINATURA RESPONSÁVEL: Lucas Aquino

observação: É IMPORTANTE O PREENCHIMENTO COMPLETO E CORRETO DO TERMO.

Prefeitura Municipal de Monte Mor Bem Estar Animal

rua: Arthur Borcato, 105, Parque do Café Monte Mor/SP

Fone: (19) 99824-2190

Email: bem-estar.animal@montemor.sp.gov.br

151

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

Eu, Maia Opauada Rodrigues Silva
RG 22.855450-0 CPF 069.171428-24 TEL. (19) 999201092

RESIDENTE: RUA/AV. Rafael Dias 80 casa B Nº 80

BAIRRO Jardim Campos Dourados SOLICITO E AUTORIZO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PELO QUAL O M E U ANIMAL ABAIXO CITADO SERÁ SUBMETIDO, ESTANDO CIENTE DOS RISCOS DURANTE A CIRURGIA E O TRANSPORTE DO ANIMAL, BEM COMO DOS CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS (de acordo com a identificação do animal em anexo). isentando todo e qualquer funcionário e/ou voluntário de possíveis acidentes e/ou fatalidade que possa acontecer durante procedimento cirúrgico e pós cirurgia.

DADOS DOS ANIMAIS

Animal 1 - cão () gato ☒
Sexo () macho () fêmea

Animal 2 - cão () gato ☒
Sexo () macho () fêmea

IDADE: 3 anos
NOME: Ybranco
RAÇA: Normal
COR: Branco
PESO: 3,9 kg

IDADE: 3 anos
NOME: Ybranco
RAÇA: Normal
COR: Branco
PESO:

DATA: 12/03/24

ASSINATURA RESPONSÁVEL: Maia Opauada R. Silva

observação: É IMPORTANTE O PREENCHIMENTO COMPLETO E CORRETO DO TERMO.

Prefeitura Municipal de Monte Mor
Bem Estar Animal

Rua: Arthur Borcato, 105, Parque do Café Monte Mor/SP

Fone : (19) 99824-2190

Email: bem-estar.animal@montemor.sp.gov.br

152

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO

Eu, Elisabete Amate

RG 20 474 936-0 CPF 271 680 338 24 TEL. 19-99833 3018

RESIDENTE: RUA/AV. Rua João Fernandes de Campos Nº 93

BAIRRO St. Campos Danados

SÓLICITO E AUTORIZO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DELO QUAL O M E U ANIMAL ABAIXO CITADO SERÁ SUBMETIDO, ESTANDO CIENTE DOS RISCOS DURANTE A CIRURGIA E O TRANSPORTE DO ANIMAL, BEM COMO DOS CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS (de acordo com a identificação do animal em anexo), isentando todo e qualquer funcionário e/ou voluntário de possíveis acidentes e/ou fatalidade que possa acontecer durante procedimento cirúrgico e pós cirurgia.

DADOS DOS ANIMAIS

Animal 1 - cão ☐ gato ☒
Sexo ☒ macho ☐ fêmea

Animal 2 - cão ☐ gato ☐
Sexo ☐ macho ☐ fêmea

IDADE: 2 anos 5 meses

NOME: Billy Jack

RAÇA: SRD

COR: _____

PESO: 3,9 Kg

IDADE: _____

NOME: _____

RAÇA: _____

COR: _____

PESO: _____

DATA: 12/03/2024

ASSINATURA RESPONSÁVEL: _____

observação: É IMPORTANTE O PREENCHIMENTO COMPLETO E CORRETO DO TERMO.