



CADASTRO DE ANIMAIS PARA CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO

DADOS DO RESPONSÁVEL:

CADASTRO __/__/__

NOME: _____

RG: _____ CPF: _____ DN: __/__/__

CIDADE: _____ RUA: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____ TELEFONE/CEL: () _____

EMAIL: _____

DADOS DO ANIMAL:

NOME: _____ ESPÉCIE: () CANINO () FELINO SEXO: () MACHO () FÊMEA

RAÇA: _____ COR(ES): _____ IDADE: _____ PESO(KG): _____

PORTE: () PEQUENO () MÉDIO () GRANDE TEMPERAMENTO: () DÓCIL () INSTÁVEL

Declaro ser responsável pelas informações do meu animal.

Declaro estar ciente dos riscos inerentes ao procedimento de castração, o qual será submetido o animal de minha responsabilidade, uma vez que toda cirurgia envolve riscos. Autorizo sua realização e desde já isento o veterinário responsável e a ONG AJUDA de quaisquer responsabilidades por eventuais intercorrências vinculadas a este procedimento. Declaro ainda que me responsabilizarei por todos os cuidados pós-cirúrgicos que me foram informados, e que tomei conhecimento, comprometendo-me a comunicar ao veterinário responsável qualquer alteração que porventura ocorrer.

Assinatura do tutor ou responsável

Assinatura do veterinário responsável

ANIMAL APTO: () SIM () NÃO