



MUNICÍPIO DE MENDES
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância Ambiental



FICHA CADASTRAL PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS

DADOS PESSOAIS (TUTOR/RESPONSÁVEL)

Nome Completo: _____

RG nº: _____ CPF nº: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço residencia _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

E-mail : _____

Telefone : _____

DADOS DO ANIMAL

Nome: _____ Raça : _____

Espécie: () Cão () Gato Gênero: () Macho () Fêmea

Data de Nascimento: //

Peso (aproximado): () 0 – 10 kg () 10 – 20 kg () 20 – 30 kg () + de 30 kg

Características da pelagem: () longa () curta () lisa () ondulada () crespa

Cor predominante: _____ Cor secundária: _____

Doenças: _____



MUNICÍPIO DE MENDES
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância Ambiental



AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
tutor/responsável pelo animal supracitado, AUTORIZO, desde já, que a Secretaria Municipal de Saúde,
através da Clínica Veterinária contratada, realize o procedimento cirúrgico de castração do referido animal.

Declaro que estou ciente que, ao ser beneficiado pelo programa, me responsabilizo em zelar pelo animal
dentro dos critérios de posse responsável, não o deixando solto, ou abandonado por quaisquer motivos.

Ainda, DECLARO que estou ciente do conteúdo da Lei Municipal 1951/2018, bem como assumo total
responsabilidade pela veracidade das informações ora prestadas, sujeitando-me às penas previstas em lei, em
caso de fraude.

Mendes, _____ de _____ de _____.

CPF:



MUNICÍPIO DE MENDES
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância Ambiental



FICHA CADASTRAL PARA CASTRAÇÃO DE ANIMAIS – ONG

DADOS DA INSTITUIÇÃO

Razão Social: _____

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: _____

Nome do responsável/representante legal: _____

RG/CPF do responsável/representante legal: _____ / _____

DADOS DO ANIMAL

Nome: _____ Raça : _____

Espécie: () Cão () Gato Gênero: () Macho () Fêmea

Idade: _____

Peso (aproximado): () 0 – 10 kg () 10 – 20 kg () 20 – 30 kg () + de 30 kg

Características da pelagem: () longa () curta () lisa () ondulada () crespa

Cor predominante: _____ Cor secundária: _____

Doenças: _____



MUNICÍPIO DE MENDES
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Vigilância Ambiental



AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO E DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
responsável/representante legal da Organização Não Governamental supracitada, AUTORIZO, desde já, que
a Secretaria Municipal de Saúde, através da Clínica Veterinária contratada, realize o procedimento cirúrgico
de castração do referido animal.

Ainda, DECLARO que estou ciente do conteúdo da Lei Municipal 1951/2018, bem como assumo total
responsabilidade pela veracidade das informações ora prestadas, sujeitando-me às penas previstas em lei, em
caso de fraude.

Mendes, _____ de _____ de _____.

CPF: