

PROTOCOLO Nº : _____



Município de
Campo Bom

Secretaria de
Meio Ambiente

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO BOM
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DO MEIO AMBIENTE - SEMA

REQUERIMENTO DE CASTRAÇÃO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TUTOR:

NOME: _____

RG.: _____ CPF.: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

BAIRRO: _____ TELEFONE: _____

POSSUI ALGUM BENEFÍCIO SOCIAL PREVISTO NA INSTRUÇÃO NORMATIVA SEMA Nº 001 DE 2019? QUAL? _____

Nº NIS: _____

RESIDÊNCIA: PRÓPRIA () ALUGADA () FINANCIADA ()

QUANTAS PESSOAS MORAM NA CASA? ____ QUAL A RENDA TOTAL DA FAMÍLIA? _____

POSSUI VEÍCULO PRÓPRIO? QUANTOS? QUAL (IS)? _____

TEM CONDIÇÕES DE LEVA E BUSCAR O ANIMAL NO LOCAL DE ATENDIMENTO E EM HORÁRIO COMERCIAL? SIM () NÃO ()

Declaro estar ciente que, conforme Decreto Municipal Nº 6.666 de 16 de julho de 2019, nos seus Art 1º, e 6º, a realização de procedimentos de esterilização e de tratamento animal, de baixa complexidade, em especial, são destinadas para animais de rua e aos vinculados a tutores de baixa renda ou com insuficiência de recursos, mediante atestado de comprovação da inclusão em programas sociais dos Governos Municipais, estaduais e federais; Que a qualquer tempo poderei receber visita domiciliar de servidor do município para avaliar se a situação socioeconômica está de acordo com as informações prestadas; Se não demonstrada a condição econômica, como de baixa renda do proprietário, o mesmo deverá arcar com as despesas de atendimento, hospedagem e alimentação do animal, conforme o Art. 13, inciso 1º do Decreto Municipal 6.666 de 16 de julho de 2019; Que as informações acima prestadas são verdadeiras, sob pena dos termos descritos no capítulo III-Da falsidade Documental, do Código Penal Brasileiro (Decreto-Lei Nº 2.848/1940), bem como Lei 13.726/2018.

Campo Bom, _____ de _____ de _____

Assinatura do Tutor

Centro Municipal de Recuperação e Bem Estar Animal – CEMPra
Rua Alziro Nunes Monteiro, nº 595, Bairro Quatro Colônias
Campo Bom - RS – Telefone (51) 996688549
cempra@campobom.rs.gov.br

“ Respeitar os animais é um dever de todos. Amá-los é um privilégio para poucos”.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:

NOME: _____ IDADE: _____ CÃO () GATO ()

SEXO: _____ RAÇA: _____ COR DA PELAGEM: _____

PORTE MINI () PEQUENO () MÉDIO () GRANDE () GIGANTE ()

MICROCHIP: _____ PESO: _____

O ANIMAL APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? QUAL? _____

O ANIMAL É VACINADO? SIM () NÃO () O ANIMAL É DESVERMINADO? SIM () NÃO ()

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:

NOME: _____ IDADE: _____ CÃO () GATO ()

SEXO: _____ RAÇA: _____ COR DA PELAGEM: _____

PORTE MINI () PEQUENO () MÉDIO () GRANDE () GIGANTE ()

MICROCHIP: _____ PESO: _____

O ANIMAL APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? QUAL? _____

O ANIMAL É VACINADO? SIM () NÃO () O ANIMAL É DESVERMINADO? SIM () NÃO ()

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL:

NOME: _____ IDADE: _____ CÃO () GATO ()

SEXO: _____ RAÇA: _____ COR DA PELAGEM: _____

PORTE MINI () PEQUENO () MÉDIO () GRANDE () GIGANTE ()

MICROCHIP: _____ PESO: _____

O ANIMAL APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? QUAL? _____

O ANIMAL É VACINADO? SIM () NÃO () O ANIMAL É DESVERMINADO? SIM () NÃO ()

Confirmo que o(s) animal(is) são de minha responsabilidade, me responsabilizo por encaminhá-lo(s) para o procedimento cirúrgico fora do período de CIO e em jejum alimentar de 12 horas e hídrico de 6 horas, assim como me responsabilizo pela realização de todos os cuidados pós operatórios necessários para recuperação do animal. Declaro que me foram claramente explicados os possíveis riscos inerentes ao procedimento, durante ou após a operação, estando o médico veterinário e o município isentos de quaisquer responsabilidades decorrentes de complicações nos procedimentos cirúrgicos.

DATA: ___/___/___

Assinatura do Tutor

DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA:

- DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO;
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO;
- COMPROVANTE DE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS SOCIAIS;
- TERMO DE ADOÇÃO DO(S) ANIMAL(IS);
- AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM;
- PROCURAÇÃO REGISTRADA EM CARTÓRIO (PARA ABERTURA DE PROTOCOLO EM NOME DE TERCEIROS).