

PROTOCOLO: \_\_\_\_\_



Município de  
Campo Bom

Secretaria de  
Meio Ambiente

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE EUTANÁSIA**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TUTOR:

NOME: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_ CPF.: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ CÃO ( ) GATO ( )

SEXO: \_\_\_\_\_ RAÇA: \_\_\_\_\_ PELAGEM: \_\_\_\_\_

MICROCHIP: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_

DECLARO ESTAR CIENTE DOS MOTIVOS QUE LEVAM À NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA, RECONHEÇO QUE ESTA É A OPÇÃO ESCOLHIDA POR MIM PARA CESSAR DEFINITIVAMENTE O SOFRIMENTO E, PORTANTO, **AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA EUTANÁSIA DO ANIMAL** ACIMA IDENTIFICADO, A SER REALIZADA PELA MÉDICA VETERINÁRIA \_\_\_\_\_

CRMV \_\_\_\_\_. DECLARO AINDA QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO(A) DO MÉTODO QUE SERÁ UTILIZADO, ASSIM COMO DE ESTAR CIENTE QUE ESTE É UM PROCESSO IRREVERSÍVEL.

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](mailto:cempra@campobom.rs.gov.br)

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