

PROCOLO: _____



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

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