

**FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA CASTRAÇÕES/ESTERILIZAÇÃO E
MICROCHIP**



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTENEGRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE

Nº

INTERESSADO PELO ANIMAL:	CONTATO:
CPF/RG:	
ENDEREÇO:	
LOCALIZAÇÃO DO ANIMAL:	

<input type="checkbox"/> CAO	<input type="checkbox"/> GATO	RAÇA:
PORTE:	IDADE:	SEXO:
Nome:		COR PELAGEM:

FOTO DO ANIMAL:

OBSERVAÇÕES RELEVANTES:

Autorização de procedimento

Autorizo a clínica _____ contratada junto a Prefeitura Municipal a realizar procedimento veterinário de castração e microchipagem no animal acima informado, sendo o mesmo de minha responsabilidade.
É de responsabilidade da clínica o procedimento cirúrgico de castração e colocação de microchip.
Comprometendo-me a levar o animal na clínica determinada, no horário previsto e retirá-lo no horário acordado com a mesma, devendo atender aos cuidados pré-cirúrgicos e pós-cirúrgicos determinados pelo veterinário responsável.

Data de agendamento: __/__/__

Data do procedimento: __/__/__

Assinatura do Tutor Responsável

Assinatura da clínica responsável

Assinatura do responsável na SMMA

Montenegro, de 2025