



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-400 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (41) 3241-1557 / (41) 99760-1223

Microchip Nº: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de **ÓBITO** um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Emília

Nome: Isabel Ribas Gendreau de Moraes CPF: 048.746.710-80

Endereço: São Pedro do Rio do Sul Nº: 511

Bairro: Imbuí Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99946-6433

CÃO () GATO (X) Nome: Nyx Idade: 2 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: gizinha clara
Pele longa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 28.100-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-3557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado:

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pelo equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Emílio

Nome: Isabel Ribes Guedes de Moraes CPF: 048.446.410-80

Endereço: São Pedro do Rio do Nº: 514

Bairro: Imbuê Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99946-6433

CÃO () GATO (X) Nome: Hades Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Tigrado pelo mais longo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ: 06.972.832/0001-34 - Fone: (41) 3241-3557 / (41) 99906-1221

Microchip Nº: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Nome da S. Radilha

Nome: Neemi da Silva Radilha CPF: 001.210.030-78

Endereço: Rua Marcos Larbem Nº: 004

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99906-3259

CÃO () GATO (X) Nome: Amarello Idade: 7 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Amarello

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943 Campinas, São José - SC
CEP: 86.301-420 CNPJ: 06.972.492/0001-34 Fone: (48) 3041-1557 / (48) 99106-1221

Microchip N° : _____

PESO: 5kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ Fabiane Abreu

Nome: Fabiane Abreu CPF: 012.933.650-50

Endereço: Rua Barulho Nº: 147

Bairro: 21 de Abril Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99649-4121

CÃO (X) GATO () Nome: Jack Idade: 4 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Pinscher Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3563



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 343, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0003-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99060-1221

Microchip Nº: _____

PESO: 4,85

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido; e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: Elton Burgin CPF: 003.243.940-71

Endereço: Rua Guleste Burdet Nº: 148

Bairro: Guariba Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 (99618-8465

CÃO (X) GATO () Nome: Nama Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: gexamele

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88110-400 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99586-1223

Microchip N° :



PESO:

8,4

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberá kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Andrielle R. Silva

Nome: Andrielle Pereira Silva CPF: 010.388.061-51

Endereço: Joãozinho Santo Antônio Nº: _____

Bairro: Interluz Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99649-3281

CÃO (X) GATO () Nome: Pococa Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Pinto e branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 843, Campinas, São João - SP
CEP 86 101-420 CNPJ: 06.872.402/0001-34 Fone: (41) 3241-4557 / (41) 99986-3221

Microchip Nº: _____



900195000106695

PESO: _____

6kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóiá/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Andriele P. Silva

Nome: Andriele Pereira Silva CPF: 910.388.061-51

Endereço: Rosquima Santo Antônio Nº: 51N

Bairro: interior Cidade: Jóiá /RS. Telefone: 5599649-3281

CÃO (X) GATO () Nome: Bistula Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Beta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 86101-420 | CNPJ: 06.972.432/0001-34 | Fone: (48) 3241-3557 / (48) 99106-1221

Microchip Nº: _____



900195000106690

PESO: _____

7,8

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Andriele R. Silva

Nome: Andriele Pereira Silva CPF: 010.388.061-51

Endereço: Ruquima Santo Antônio Nº: 511

Bairro: interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99649-3281

CÃO ☒ GATO () Nome: Pomiera Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: _____ Cor: Preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador José de Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-4557 / (48) 99866-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

8,6

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessita de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Andriele R. Silva

Nome: Andriele R. Silva CPF: 010.388.061-51

Endereço: Esquina Santo Antônio Nº: SIN

Bairro: interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99649-3281

CÃO (X) GATO () Nome: Pipoca Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca e preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 663, Campinas, São José - SC
 CEP 88.305-420 - CNPJ: 08.972.402/0001-34 - Fone: (48) 3041-1557 / (48) 99386-1223

Microchip Nº: _____



PESO: _____

10kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Lucilda Buena Soares

Nome: Lucilda Buena Soares

CPF: 425.479.790-04

Endereço: Rua Rádico Buena

Nº: 423

Bairro: Gombos

Cidade: Jóia

/RS. Telefone: 55 99637-3469

CÃO (X) GATO ()

Nome: Negrimba

Idade: 4 meses

MACHO () FÊMEA (X)

SRD (X) Raça: _____

Cor: Pinto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106279

PESO: _____

12 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóiá/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: João Luiz de Oliveira CPF: 428.130.850-49

Endereço: Ruizima Santo Antônio Nº: 511

Bairro: Interluz Cidade: Jóiá /RS. Telefone: (55) 9913-3355

CÃO (X) GATO () Nome: Doncimba Idade: 7 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106685

PESO: 12.200

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: João Dupin de Oliveira CPF: 428.130.850-48

Endereço: Quiloma Santo Antônio Nº: S/N

Bairro: Imbuém Cidade: Jóia /RS. Telefone: 51 99413-3355

CÃO (X) GATO () Nome: Madrugada Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 343, Campinas, São José - SC
CNPJ 08.103.420 CNPJ 08.272.452/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 90586-1221

Microchip Nº: _____

Animal ID:
ISO11784 FDX-B

PESO: 19,60



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jone Ribeiro da Silva

Nome: Jone Ribeiro da Silva CPF: 908.822.700-44

Endereço: Av. Vicente Nascimento e Silva Nº: 118

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (53) 9103-1616

CÃO (X) GATO () Nome: Nina Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca e preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 945, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.105-426 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3342-3557 / (48) 99106-1223

Microchip N°: _____



PESO: _____

9,4

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marçal Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Radilha

Nome: Jane Terezinha Radilha CPF: 413.481.680-72

Endereço: Rua Moisés Netto Ubiragão Nº: 199

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (51) 99907-2906

CÃO (X) GATO () Nome: Jul Idade: 8 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 613, Campinas, São José - SC
CEP 88.501-426 CNPJ: 06.972.408/0001-34 Fone: (47) 3243-1557 / (48) 99106-1221

CÃES & GATOS

Microchip N°: _____

PESO: 15,2



900195000106276

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Joinville/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ João Ribeiro da Silva

Nome: João Ribeiro da Silva CPF: 908.822.700-44

Endereço: Av. Juante Nascimento e Silva Nº: 118

Bairro: Centro Cidade: Joinville /RS. Telefone: (51) 9103-1616

CÃO (X) GATO () Nome: Snoop Idade: 5 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Peto e branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 049, Campinas: São José - SC
CEP 86.303-420 CNPJ: 06.972.102/0001-34 Fone: (41) 3241-3557 / (41) 90066-1721

Microchip N°: _____



PESO: 13,25 Kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberá kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Lucilda Bueno Soares

Nome: Lucilda Bueno Soares CPF: 425.479.790-04

Endereço: Rua Pedro Bruno Nº: 423

Bairro: Gentio Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99637-3469

CÃO (X) GATO () Nome: Negro Idade: 7 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: Cor: Preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 949, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106264

PESO: _____

9,20kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, a que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Tatiana Vieira Marques CPF: 020.582.050-65

Endereço: São João mission Nº: _____

Bairro: Interurb Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 9 9713-0021

CÃO (X) GATO () Nome: miu Idade: 2.6 an

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom e branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.400/0001-01 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221



Microchip Nº: _____

PESO: 13,75

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ ANA FERREIRA

Nome: Ana Maria Ferreira de Mello CPF: 385.468.500.87

Endereço: Apartamento Ceres Nº: 511

Bairro: Interior Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 9.96.52.3430

CÃO (X) GATO () Nome: Gordo Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Microchip Nº : _____



PESO: 16,8

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de **ÓBITO** um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com pericia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ ANA FERREIRA

Nome: Ana Araci Ferreira de Mello CPF: 385.468.500-87

Endereço: Assentamento Coroa Nº: SIN

Bairro: interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 996523430

CÃO (X) GATO () Nome: Bolinha Idade: 3 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: coromela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Projeto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenda Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (41) 3242-1557 (41) 99106-1221

Microchip N° : _____

PESO: 9,800

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Dedaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glaucia Gracila Barbieri

Nome: Glaucia Gracila Barbieri CPF: 006.202.880-43

Endereço: Rua Brasilina Terra Nº: 18

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99963-6001

CÃO (X) GATO () Nome: Fumoga Idade: ± 3 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco com

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

puto

Prato Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Capinópolis, São José - SC
CEP: 89.101-420 CNPJ: 06.972.102/0001-34 Fone: (48) 3243-1557 / 1450-99110-1121

Microchip Nº: _____



PESO: _____

20.960

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecida acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Eva Lopes

Nome: Eva Regiane dos Santos Lopes CPF: 028.948.930-00

Endereço: Assentamento Rondinhe Nº: 511

Bairro: Interior Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55) 99949-5502

CÃO (X) GATO () Nome: Purpure Idade: 9 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Rufa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

ORA: MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 943, Campinas, São João - SP
 CEP 88 101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99106-1221

Microchip Nº: _____



PESO: 13 900

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marciel Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Adiel Zhammo Soar

Nome: Adiel Zhammo Soar CPF: 03744471012

Endereço: Rua Odorico Baldino do Amaral Nº: 231

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 996998384

CÃO (X) GATO () Nome: Baito Idade: 10 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Garano

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99186-1221

Microchip N°: _____

PESO: 12.700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicadas com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marciel Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Salim Ziammo Soares

Nome: Salim Ziammo Soares CPF: 03744471012

Endereço: Rua Odorico Baldino do Amaral Nº: 231

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 996998384

CÃO (X) GATO () Nome: Raposa Idade: 10 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: laramelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Microchip Nº: _____



900195000106841

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jorge Ribeiro da Silva

Nome: Jorge Ribeiro da Silva CPF: 908.822.700-44

Endereço: Av. Vicente Nascimento e Silva Nº: 118

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 9103.1616

CÃO () GATO () Nome: Gambazinho Idade: 5 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 963, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-54 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 92160-1221

Microchip Nº: _____

PESO: 8,40

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de **ÓBITO** um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: José Ataíde Gonçalves CPF: 250.139.750-15

Endereço: Esquina Santo Antônio Nº: 510

Bairro: Interiores Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99970-1492

CÃO (X) GATO () Nome: Buta Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Buta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-400. CNPJ: 06.972.402/0001-34. Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99300-1221

Microchip N°:



900196000106535

PESO:

7,2 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:



[Handwritten signature]

Nome: Juliano Siqueira Andrade CPF: 842.984.130-04

Endereço: Avenida Scott Nº: 22

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 996580561

CÃO (x) GATO () Nome: Spike Idade: 8 anos

MACHO (x) FÊMEA () SRD () Raça: Shitzu Cor: Preto/branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.100-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 - Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99760-1221

Microchip Nº: _____



PESO: 7,50

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Jéssy Almeida Figueiredo CPF: 250.134.760-15

Endereço: Rua Quilma Santa Antônia Nº: 54

Bairro: Intimorri Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99970-1492

CÃO ☒ GATO () Nome: Bionca Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: Cor: Bionca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 143, Campinas, São José - SC
 CEP 85101-420 CNPJ 00.072.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99260-1727

Microchip N°: _____

PESO: 1040g

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Edson Elgart

Nome: Lizandra Helma Brusse Elgart CPF: 927.043.100-25

Endereço: São José Nº: 511

Bairro: Interluz Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99417-1912

CÃO ☒ GATO () Nome: Pagga Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: _____ Cor: Garrafeira

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerte, nº 945, Campinas, São José - SC
CEP 88.401-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 09066-1001

Microchip Nº: _____



PESO: _____

5,350

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em honorário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Paulo F. L. Vieira

Nome: Paulo Francisco Romão Vieira CPF: 401.748.320-87

Endereço: Boa Vista Terra Nº: 2562

Bairro: 21 de Abril Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 998710766

CÃO (X) GATO () Nome: Cristel Idade: 3 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Salsicha Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-36 Fone: (48) 24.41-1557 / (48) 99350-1221

Microchip Nº: _____



900195000106115

PESO: _____

3,8

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será feito de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marçal Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: José Ataíde Gonçalves CPF: 250.134.750-15

Endereço: Esquina Santa Antônia Nº: 51N

Bairro: Interiores Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99970-1492

CÃO (X) GATO () Nome: Pintada Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: Preto e Branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.403/0001-34 Fone: (48) 3041-1557 / (48) 99100-1723

Microchip Nº: _____



900195000106854

PESO: _____

194

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marcia Fink

Nome: Marcia Fink

CPF: 947.281.940-00

Endereço: Horácio Nates Utegen

Nº: 245

Bairro: Centro

Cidade: Jôia

/RS, Telefone: 55 99619-2639

CÃO (X) GATO ()

Nome: Lelo

Idade: 4 anos

MACHO (X) FÊMEA ()

SRD ()

Raça: Ghau Ghau

Cor: Preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campos, São José - SC
 CEP 88.101-420 - CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99155-1021

Microchip Nº: _____



900195000106114

PESO: _____

12700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Stephoni da Silva Oliveira

Nome: Stephoni da Silva Oliveira CPF: 036.920.070-51

Endereço: Av. Vicente Placamento e Silva Nº: 191

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99643-4348

CÃO (X) GATO () Nome: Shie Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco/mouron

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 913, Campaniwa, São João - RJ
CEP 88.801-420, CNPJ: 06.979.402/0001-34, Fone: (48) 3241-2557 / (48) 99200-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

91kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RJ

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: José Ataíde Gonçalves CPF: 250.134.750-15

Endereço: Visconde Santa Antônia Nº: 514

Bairro: Interiores Cidade: Jôia /RJ. Telefone: (55) 99970-1492

CÃO (X) GATO () Nome: Jemima Idade: 15 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Brta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP: 88.107-420 - CNPJ: 06.972.432/0001-34. Fone: (48) 3141-3557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____

PESO: 6800

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicadas com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos e que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Andriule R. Silva

Nome: Andriule Pereira Silva CPF: 010.388.061-51

Endereço: Gusquima Santo Antônio Nº: 51/N

Bairro: Interwien Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99649-3284

CÃO (X) GATO () Nome: Nepelão Idade: 2 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Shih Tzu Cor: Quermé

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 543, Campanin, São João - SC
CEP 88.101-420 | CNPJ: 06.972.402/0001-34 | Fone: (41) 3243-3557 / (48) 99186-1721

900195000106112

Microchip Nº: _____

PESO: 10600**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO**

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgico (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Stefani da Silva OliveiraNome: Stefani da Silva Oliveira CPF: 036.920.070-53Endereço: Av. Vicente Nascimento e SilvaBairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 996434378CÃO (X) GATO () Nome: Estrela Idade: 6 mesesMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco / preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 89.101-420 - CNPJ 06.972.402/0001-94 Fone: (48) 3241-1552 / (48) 99166-1221

Microchip N°: _____



PESO: _____

10 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de qualquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Suzeni de Silva Oliveira

Nome: Suzeni de Silva Oliveira CPF: 036.920.070-51

Endereço: Av. Vicente Nascimento e Silva N°: 194

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99643438

CÃO (X) GATO () Nome: Luca Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3563



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 813, Campinas, São José - SC
CEP: 88301-420. CNPJ: 06.970.433/0001-34. Fone: (48) 3241-1557 / (48) 93366-1221

Microchip N°:



PESO:

31 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou latentes. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Ricardo

Nome: Ricardo Rosa dos Anjos CPF: 428 143 670 72

Endereço: 12 de maio Nº: 361

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (51) 99367606

CÃO (X) GATO () Nome: Loonie Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Shetlandia Cor: laranja

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.301-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-3557 / (48) 99306-1222

Inscrição N°: 186



Microchip N°:



900195000106534

PESO:

7800

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(a) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ NEIVA F. DE JESUS

Nome: Neiva Tava de Jesus CPF: 650.003.580-15

Endereço: Av. Angelo Luiz Gasparotto Nº: 910

Bairro: Pombas Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99601-7123

CÃO (X) GATO () Nome: Amora Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Shih Tzu Cor: Branca e

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Av. Getúlio Vargas, 100 - Jd. Lacerda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP 01301-420 - CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (41) 3343-3562 / (41) 09100-1222

Microchip Nº: _____



PESO: _____

830

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que deixo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 05/05/2026 Local: Praça Municipal Marciel Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Maria Melinda Weber

CPF: 0055178063

Endereço: Amadeu Sartor

Nº: 22

Bairro: centro Cidade: jóia

/RS. Telefone: 55 996580561

CÃO ☒ GATO () Nome: Pitoca

Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça:

Cor: Caromelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, 1194-913, Campinas, São José - SC
 CEP: 85.101-420 - CNPJ: 06.272.402/0001-34 - Fone: (48) 3241-1557 / 1488-00166-1023

Microchip N°: _____



900195000106536

PESO: 3300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Neiva L. UZ/EID/

Nome: Neiva Tavares de Jesus CPF: 650.003.580-13

Endereço: Av. Angelo Luiz Gasaretto Nº: 910

Bairro: Paraisópolis Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55) 99601-4123

CÃO (X) GATO () Nome: Amelore Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
 CEP 88302-420 CNPJ: 06.977.402/0003-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 90968-1021

Microchip Nº: _____



900195000106359

PESO: _____

19850

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Rosane Lima dos Anjos

Nome: Rosane Leimar dos Anjos

CPF: 725 477 820-48

Endereço: Curus

Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: interior /RS, Telefone: 55 996 39 2686

CÃO (X) GATO ()

Nome: Pretinha

Idade: 3 meses

MACHO () FÊMEA (X)

SRD () Raça: Labra

Cor: Preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 88105-420 - INSC 00-972-402/0009-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99365-1025

Microchip Nº: _____



PESO: _____

6500

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional o os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/e que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Marina Melinda Weber

CPF: 0055 17 78083

Endereço: Avenida Severina

Nº: 22

Bairro: centro

Cidade: Jôia

/RS. Telefone: (55) 99658 8561

CÃO (X) GATO () Nome: Belo

Idade: 4 meses

MACHO () FÊMEA (X)

SRD ()

Raça: Bulldog de arame

Cor: cor de mel

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP: 88119-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-3557 / (48) 99166-1021

Microchip Nº: _____



900195000106111

PESO: _____

5,700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Thalia Driesch

Nome: Marcos Roberto B. Driesch

CPF: 0.32.769.000-33

Endereço: Rua Gulesta Buxtel

Nº: 564

Bairro: Quentio

Cidade: jóia

/RS. Telefone: (55) 99658-5064

CÃO (X) GATO ()

Nome: Belimba

Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X)

SRD (X) Raça:

Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, 714 043, Campinas, São José - SC
CEP 88.301-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1567 / (48) 90566-1221

Microchip N°:



PESO:

5.6

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Thalia Dresch

Nome: Marcos Roberto B. Dresch CPF: 032.469.000-33

Endereço: Rua Guleste Buvetel Nº: 564

Bairro: Quinto Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99658-5064

CÃO (X) GATO () Nome: Joel Idade: 5 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Rinscher Cor: Preto com marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacitella, nº 043, Campos, 540-2000 - SC
CEP: 88.103-420 - CNPJ: 06.978.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99460-1223

Microchip N°:



PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Done Ribeiro da Silva CPF: 908.822.700-44
Endereço: Av. Vicente Nardim e Silva Nº: 118
Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 9103-1616

CÃO (X) GATO () Nome: Duque Idade: 4 anos
MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: amarelo Cor: amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 942, Campinas, São José - SC
CEP: 88.105-426 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-3557 / (48) 99266-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: Lara Eberhardt CPF: 004.369.400-43

Endereço: Rua 12 de Maio Nº: 323

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99671-5410

CÃO () GATO (X) Nome: Stitch Idade: 3 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: Girassol Cor: Atomco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Inscrição N°: **81****Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos**
MóvelAvenida Governador Jânio Quadri, nº 913, Campinas, São João - SP
CEP 08.305-426 CNPJ: 06.972.400/0001-39 Fone: (48) 3241-3557 / (48) 09186-1221

Microchip N°: _____



900195000106852

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei 1dt de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ijaci/Rs

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Márcia Britten CPF: 947706110-72Endereço: Luiz Setimo Gislene Nº: 202Bairro: centro Cidade: ijaci /RS. Telefone: (55)CÃO () GATO (X) Nome: Pandora Idade: 5 anosMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: preto**PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM**DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 1303-420 CNPJ: 06.927.422/0001-34 Fone: (48) 3241-1567 / (48) 99566-1021

Microchip N°: _____



900195000106847

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Edna Isabel Schneider CPF: 947.159.550-91

Endereço: Rua Luiz Sétimo Ghislone Nº: 355

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99946-6310.

CÃO () GATO (X) Nome: Polaco Idade: 1 ano.

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: amarelo.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3683

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Assinada pelo Governador Jorge Lacort, nº 1913, Campinas, São José - SC.
CNPJ 08.101.420 - CNPJ 06.872.402/0001-34. Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº:



900195000106842

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóiá/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: Laiome Guedes dos Santos CPF: 021.152.090-01

Endereço: Rua Ricardo Bozzom Neto Nº: 772

Bairro: Centro Cidade: Jóiá /RS. Telefone: (55) 9985-4412

CÃO () GATO (X) Nome: Pipece Idade: 4 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: Branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.272.402/0001-34 Fone: (48) 3041-4567 / (48) 99166-1823

Microchip Nº: _____



900195000106856

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus são responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/s que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Maria E. S. Soares

Nome: Maria Eduarda Severa Soares CPF: 051614630-07

Endereço: São João Mirim Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: Interluz /RS. Telefone: (55) 99844641

CÃO () GATO (X) Nome: Saimon Idade: 1 ano e 5 meses
MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco / marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacort, nº 943, Campinas São José - SC
CEP 88191-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1821

Microchip N°: _____



900195000106859

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Guarara da Silva

Nome: Guarara da Silva CPF: 613 790.000-25

Endereço: Rua Cláudio Cerezo Nº: 18

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 991444162

CÃO () GATO (X) Nome: Tigrego Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 343, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.902.432/0001-34 Fone: (48) 3242-4557 / (48) 60256-1921

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jussara da Silva

Nome: Jussara da Silva CPF: 613.730-000-25

Endereço: Luclides Serapico Nº: 18

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 98144416-2

CÃO () GATO (X) Nome: Pontera Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lucas, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-3567 / (48) 99106-1121

Microchip N°: _____

PESO: _____



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINA E JURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Domizete de Oliveira CPF: 04.408.940.05
Endereço: Fontana Nº: 236
Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 998 571606

CÃO () GATO (X) Nome: Nina Idade: 1 ano
MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3563

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.103-423 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / 149 99566-1821

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário; a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Tatiane Vieira Marques CPF: 020.582.050-65

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____/RS. Telefone: (____) _____

CÃO () GATO (X) Nome: Fafa Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Angora Cor: Tricolor

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 045, Campinas, São José - SC
 CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/11-00 Fone: (48) 3341-3557 / (48) 99166-1223

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Tatiane V. Marques

Nome: Tatiane Vieira Marques CPF: 020.582.050-65

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ /RS. Telefone: () _____

CÃO () GATO (X) Nome: Petty macedo Idade: 4 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Angora Cor: Tricolor

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 042, Campinas, São José - SC
CEP: 88.100-420 CNPJ: 06.872.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos e que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Tatiane Vivian Marques CPF: 020.582.050-65

Endereço: São João Mission Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____/RS. Telefone: (____) _____

CÃO () GATO (X) Nome: Darado Idade: 4 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: laranja

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel**Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____

PESO: 245**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO**

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ PamelaNome: Nediana Machado Tamayo CPF: 6544 9436068Endereço: Rua João Antunes Nascimento Nº: 86Bairro: COAB Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 996572556CÃO (X) GATO () Nome: FEIA Idade: 3 anosMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: preta / Branco**PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM**



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC.
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____

PESO: 14,2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Daniela Machado Tomicio

Nome: Nediana Machado Tomicio CPF: 65449436068

Endereço: Rua São Antunes do Nascimento Nº: 86

Bairro: COAB Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 996572556

CÃO (X) GATO () Nome: Bugra Idade: ± 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerte, 118 (44), Campinas, São José - SC
 CEP: 88105-428 CNPJ: 00.272.402/0001-34 Fone: (48) 3341-4557 / (48) 99106-1221

Microchip N°:



PESO:

6,4 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/s que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Keyla Rodrigues

CPF: 04878958006

Endereço: Brazilina Terra

Nº: 638

Bairro: Centro Cidade: Jôia

/RS. Telefone: 55 99673 1578

CÃO (X) GATO ()

Nome: negrinha

Idade: 7 meses e meio

MACHO () FÊMEA (X)

SRD (X) Raça:

Cor: Preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
 CEP 88.101-429, CNPJ: 06.071.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1567 / (48) 30166-1721

Microchip N°:



900195000106268

PESO: 17,20 kg

TERMO DE AUT



900195000106268

E PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Cláudio Sérgio Meneses CPF: 843.954.460-00

Endereço: Celeste Bortol N°: 728

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 896.39.23.28

CÃO (X) GATO () Nome: Gordi Idade: 1 ano e meio

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Perdigão Americano Cor: Branco / preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 843, Campinas, São João - SC
CEP 88.105-420 - CNPJ: 00.972.402/0003-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99266-8225

Microchip Nº: _____

PESO: 20K

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos nas condições para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Joinville/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Galini Gertiana

Nome: Galini Gertiana CPF: 944.323.500-59

Endereço: Rua Volerico Galdeira do Amaral Nº: 23

Bairro: Centro Cidade: Joinville /RS. Telefone: (55) 9 9635-6091

CÃO (X) GATO () Nome: Gaxamela Idade: ± 5 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Gaxamela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99306-1225

Microchip Nº: _____



900195000106523

PESO: 22 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, o que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ _____

Nome: Juliano Siqueira Andrade CPF: 042 984 130 04

Endereço: Amadeu Sampaio Nº: 22

Bairro: curtes Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 996508561

CÃO (X) GATO () Nome: Akhira Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: labradora Cor: chocolate

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Projeto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 543, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1527 / (48) 99166-1223

Microchip Nº: _____



PESO: 18kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberá kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Juliano Siqueira Andrade CPF: 042 984 130 04

Endereço: Ama deu Soares Nº: 22

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 996588561

CÃO (X) GATO () Nome: Athema Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Vieira Cor: coromela/branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Pronto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 443, Campinas, São José - SC
CEP 88.104-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106855

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado:

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberá kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glaudia G. Barbieri

Nome: Glaudia Graciele Barbieri CPF: 006.202.880-43

Endereço: Rua Brasilina Terra Nº: 18

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (51) 99963-6001

CÃO (X) GATO () Nome: Bronca Idade: 4 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Labrador Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 88.105-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99906-1221

Microchip N° : _____



900195000106262

PESO: 11,50

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Roberto Jesus de Seixas

Nome: Roberto Jesus de Seixas CPF: 038 801 020-00

Endereço: rua Antares do Nascimento Nº: 81

Bairro: _____ Cidade: _____/RS. Telefone: (55) 996193432

CÃO (X) GATO () Nome: Bidu Idade: 2 mos

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: labricha Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Projeto Cuidado



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador João Leão, nº 643, Campinas, São José - SC
 CEF 28 101-426 CHIP: 00 872 428/0001-34 Fone: (41) 3341-3567 / (41) 99100-1221

Microchip Nº:



900195000106848

PESO:

20kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado,

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, e menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberá kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jose Almirio

Nome: Jose Almirio Machado

CPF: 498 168 700 10

Endereço: São José Mirim

Nº:

Bairro: Interiores Cidade: _____/RS. Telefone: (55)

CÃO (X) GATO () Nome: Puma Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Pitbull Cor: cor de leite

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MOWETA DANTE
 CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 111 - L. Campinas, São José - SC
 CEP 88.103-420 - CNPJ 06.972.400/0001-01 - Fone: (48) 3241-4557 / (48) 99168-1225



Microchip Nº: _____

PESO: 4,2 Kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Fabiane Abreu

Nome: Fabiane Abreu CPF: 012.933.650-50

Endereço: Rua Barcelos Nº: 117

Bairro: 21 de Abril Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55) 99679-4121

CÃO (X) GATO () Nome: Bob Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Pimborer Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88501-420 CNPJ: 06.972.833/0001-34 Fone: (41) 3541-1557 / (49) 99366-1221

Microchip Nº: _____



900195000106845

PESO: 3800

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de qualquer problema por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Luca Bruno Segura

Nome: Luca Bruno Segura CPF: 034.912.540-60

Endereço: Rua 12 de Maio Nº: 175

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99978-8040

CÃO (X) GATO () Nome: Ruca Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Amarela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Juracy Latendou, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.303-420 CNPJ: 08.272.402/0001-34 Fone: (48) 3241-4557 / 4488 99100-1221

Microchip Nº: _____



PESO: 2 300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ióla/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glaucia Graciela Barbieri

Nome: Glaucia Graciela Barbieri CPF: 006.202.880-43

Endereço: Rua Brasilina Terra Nº: 18

Bairro: Centro Cidade: Yéia /RS. Telefone: (55) 99963-6001

CÃO (X) GATO () Nome: Pingo Idade: 3 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Pomeroian Cor: Amo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerdas, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88100-420 CNPJ: 06.272.452/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99266-1221

Microchip N°:



900195000106858

PESO:

7650

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Guariz Antônio Biettes

Nome: Guariz Antônio Biettes

CPF: 235 347 380 20

Endereço: Assentamento Caros

N°:

Bairro: _____ Cidade: Interior

/RS. Telefone: 55986 76 86 17

CÃO () GATO () Nome: Loella

Idade: 2 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____

Cor: Preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 88101-400 CNPJ 06.979.432/0001-34 Fone (41) 3342-1557 / 4680 0066-1021

Microchip N° :



900195000106860

PESO:

4400

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Regina S. Machado

Nome: Regina de Fátima Machado CPF: 677 763 700-10

Endereço: Cidade Curitiba Nº: 276

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 9968 1225

CÃO (X) GATO () Nome: Joune Idade: 5 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: marquem Cor: marquem

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São João - SC
CEP 88.101-429 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip N°:



PESO:

2400

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Claudio Gracila Barbieri

Nome: Claudia Gracila Barbieri CPF: 006.202.880-43

Endereço: Rua Brasilina Terra NR: 18

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99963-6001

CÃO (X) GATO () Nome: Bau Idade: 2 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Pinscher Cor: Branco com
marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 1943, Campinas, São José - SC
CEP 88301-420 CNPJ 06.272.422/0001-34 Fone: (48) 3541-4567 / 3465 55106-1003

Microchip N°:



900195000106849

PESO:

7,4

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marina Gemi Balboena

Nome: Maril Gemi Balboena CPF: 931.673.500-91

Endereço: Ruimão Louvier dos Santos Nº: 51

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 9 9680 8538

CÃO (X) GATO () Nome: Dora Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Inscrição Nº: 81**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos**
MóvelAvenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ 06.9724027/0001-34 Fone: (41) 3241-4557 / (41) 99106-122

Microchip Nº: _____



900195000106102

PESO: 11 600**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO**

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, tendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentem os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ Karen GasagrandeNome: Karen Gasagrande CPF: 023.638.770-71Endereço: Assentamento Rendinha grupo 5 Nº: 260Bairro: Interwesi Cidade: Jôia /RS. Telefone: 99520-4298CÃO ☒ GATO ☐ Nome: Galliepe Idade: 4 mesesMACHO ☐ FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: _____ Cor: Branca com
manchas

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Inscrição Nº:

170

**castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 943, Campinas, São José - SC
GEF 08301-420 CNPJ 06.970.402/0001-34 Fone: (48) 3243-1557 / (48) 08306-1221

Microchip Nº: _____



900195000106101

PESO: _____

9.950

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Itóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ MarceloNome: Marcelo Andreotti Mendes CPF: 649.983.390-87Endereço: São José Nº: 512Bairro: Imbuí Cidade: Itóia /RS. Telefone: (55) 99642-3284CÃO (X) GATO () Nome: Fulô Idade: 4 mesesMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Fulva

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.108-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS-OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marçal Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ 

Nome: Wesley Michael Beidimhão Abreu CPF: 044.373.500-06

Endereço: Francisco José Zaidim Nº: 203

Bairro: Quintal Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99997-0720

CÃO () GATO (X) Nome: Pom Pom Idade: 6 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco e Preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 941, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.301-420 CNPJ: 00.972.402/0001-34 Fone: (41) 3241-1557 / (41) 99106-1221

Microchip Nº: _____



900195000106271

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ _____

Nome: Wesley Michael Bordimões CPF: 044.373.300-06

Endereço: Francisco J. Jardim Nº: 203

Bairro: União Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99997-0720

CÃO () GATO (x) Nome: Gimo Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (x) SRD (x) Raça: _____ Cor: Branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 983, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.102/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99186-1221

Microchip Nº: _____



900195000106280

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Wally Micael Bordimbo Abreu CPF: 044.373.500-06

Endereço: Francisco José Zaidim Nº: 203

Bairro: Parque Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99997-0720

CÃO () GATO (X) Nome: Pitoca Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca e/
preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ: 06.972.422/0001-34 Fone: (41) 3141-1557 / (41) 99156-1211

Microchip Nº: _____



900195000106270

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos e que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Kássia Machado CPF: 025.089.250-20

Endereço: Rua Pedro Baurm Nº: 82

Bairro: Gentis Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99656-1054

CÃO () GATO (X) Nome: Sando Idade: 1a 4m

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: cinza e branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP BR 13042-000 CNPJ 06.572.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99100-1221

Microchip N° : _____

PESO: 11kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomado cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Sergio Luis Pascoal

Nome: Sergio Luis Pascoal CPF: 372.190.810-49

Endereço: Rua Fontana Nº: 50

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55) 99929-8431

CÃO (X) GATO () Nome: Putinho Idade: ± 7 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Pinto e caramelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

CLÍNICA VETERINÁRIA
PROJETO CASTRAÇÃO

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Nº: _____



PESO: 8,2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: ____/____/____ Local: _____ Cidade: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Iranir Luiz dos Santos

Nome: Iranir Luiz dos Santos CPF: 503.287.358-49

Endereço: 12 de maio Nº: 258

Bairro: uniao Cidade: Joinville /RS. Telefone: (51) 999394658

CÃO (X) GATO () Nome: Totê Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 043, Campinas, São João - SC
CEP 06303-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-3557 / (48) 03066-1021

Microchip Nº: _____



900195000106696

PESO: 10 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, à menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Sergio Luis Pascoal

Nome: Sergio Luis Pascoal CPF: 372.190.810-49

Endereço: Rua Fontoura Nº: 50

Bairro: Quilombo Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99929-8431

CÃO (X) GATO () Nome: Belimba Idade: ± 7 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 843, Campinas, São José - SC
 CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.408/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99386-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: Wesly Micael Bernardino Abreu CPF: 044.373.500-06

Endereço: Francisco José Zardim Nº: 203

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 51 9 9997-0720

CÃO () GATO (X) Nome: Garleto Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Pito e l
branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 1813, Campinas, São José - SC
CEP 88301-420 CNPJ 00.972.402/0001-34 Fone (48) 3541-4552 / (48) 99166-1023

Microchip N°: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/s que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com pericia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: JOSE TOMAS PAETZ ORTIZ CPF: 007 125 391 13

Endereço: Rua ROMANQUEIRA DO ALMORAC Nº: 57

Bairro: 2 DE ABRIL Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 9 96347936

CÃO () GATO (X) Nome: MUSU Idade: 1 ANO

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEMDRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lucas, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 68101-400 CNPJ: 06.972.402/0003-34 Fone: (48) 3321-1557 / (48) 99566-1221



Microchip Nº: _____

PESO: _____



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de qualquer problema por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Augusto

Nome: Augusto Reis Soares CPF: 026 840 500 65

Endereço: Edemore Krueh Nº: 309

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99683 8755

CÃO () GATO (x) Nome: Bety Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (x) SRD (x) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP-RS 301-420, CNPJ: 06.872.403/0001-34 Fone: (41) 3241-1557 / (41) 99185-1221

Microchip N° :



900195000108150

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ióia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Assinatura: Augusto Rein Soares

Nome: Augusto Rein Soares CPF: 026 810 500 65

Endereço: Dr. Edemir Krueh Nº: 308

Bairro: Centro Cidade: Ióia /RS. Telefone: (55) 99683 8755

CÃO () GATO (X) Nome: Lady Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Microchip Nº: _____



900195000106148

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que qualquer doença, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: José Ataíde Gonçalves CPF: 250.134.450-15Endereço: Guarima Santo Antônio Nº: S/NBairro: Interurb Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 9 9970-1492CÃO () GATO (X) Nome: mul Idade: ± 3 anosMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom**PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM**



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 88.301-420 CNPJ: 06.972.492/0001-34 Fone: (48) 3141-1557 / (48) 99560-1221

Microchip N°: _____



900195000106065

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com pericia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Augusto Reis Soares

Nome: Augusto Reis Soares CPF: 026.810.500-65

Endereço: Dr. Edmar Krueh Nº: 309

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 9366038755

CÃO () GATO (X) Nome: Tigre Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3683

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 543, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.122/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99186-1221

Microchip N°:



PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Assinatura: Augusto Reis Soares

Nome: Augusto Reis Soares CPF: 026.810.500-68

Endereço: Dr. Edemar Kruel Nº: 308

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 996 83 8755

CÃO () GATO (X) Nome: Sorica Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: Branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São João - SC
CEP 89.100-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99206-1221



Microchip N° : _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

→ Thalio Dorsch

Nome: Marcelo Roberto B. Dorsch CPF: 032.769.000-33

Endereço: Rua Geleste Awet Nº: 564

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99653-564

CÃO () GATO (X) Nome: Amora Idade: 3 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Siames Cor: gizela e amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Av. Jd. Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-426 - CNPJ: 06.272.402/0001-34 - Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99196-1221

Microchip N° : _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos e que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Thalia Drewel

Nome: Maxes Roberto B. Ewersch CPF: 032.769.000-33

Endereço: Rua Geleste Buntat Nº: 564

Bairro: Guembu Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99658-5069

CÃO () GATO (X) Nome: Jimmi Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Av. da Governadora Jorgelina, nº 912, Campinas, São José - SC
CEP BR 130-320 - CNPJ 06.972.103/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ João

Nome: Leonice Borges dos S. Maccari CPF: 694.593.910-15

Endereço: Estrada Rondinha II, Grupo 05 Nº: 120

Bairro: Indústria Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99647-0657

CÃO () GATO (X) Nome: Mimi Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: laranja

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106104

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade do ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Thaís Dersch

Nome: Marcelo Roberto B. Dersch CPF: 032.769.000-33

Endereço: Rua Gulesti Burtet Nº: 569

Bairro: Quinto Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99658-5064

CÃO () GATO (X) Nome: Kiara Idade: 5 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Siamês Cor: Quinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ: 06.978.412/0001-34 Fone: (48) 3242-1557 / (48) 99266-1221

Microchip Nº: _____



900195000106341

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Eva Lemos

Nome: Joia Regiane dos Santos Lemos CPF: 028.948.930-00

Endereço: Assentamento Rondinha Nº: 511

Bairro: Interurb Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99979-5502

CÃO () GATO (X) Nome: giminha Idade: 1 a 6 m

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99186-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ Carla Lemos

Nome: Lúcia Poltermieri CPF: 962.119.030-49

Endereço: Assentamento Rondinha Nº: 511

Bairro: Imatuvai Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99979-5502

CÃO () GATO (X) Nome: Bioxma Idade: 8 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Mauca Biomeca Cor: Amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 993, Campinas, São João - SP
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (46) 3241-1567 / (46) 99286-1221

Microchip Nº: _____



900195000106110

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retomar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Tais Gonçalves

Nome: Tais Gonçalves CPF: 045 784 380 03

Endereço: Celeste Bortol Nº: 151

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS, Telefone: 55 99 9134 520

CÃO () GATO (X) Nome: Mimi Idade: 6 e 7 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: merica Cor: merica

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3541-1557 / (48) 99188-1223



Microchip Nº: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Arnaldo dos Santos Gonçalves

Nome: Arnaldo dos Santos Gonçalves CPF: 647.845.920-91

Endereço: Rondinha Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: interior /RS. Telefone: (55) 999.88.81.31

CÃO () GATO (X) Nome: 3 pelos/m-g Idade: 3 a 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Projeto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São João - SC
CEP 88.108-420 - CNPJ nº 072.402/0001-34 Fone: (41) 3241-1557 / (41) 99260-1821



900195000106342

Microchip Nº :

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóiá/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jóia Ribeiro Dias de Abreu

Nome: Jóia Ribeiro Dias de Abreu CPF: 006.997.960-08

Endereço: Garajá Grande Nº: 514

Bairro: Interim Cidade: Jóiá /RS. Telefone: (51) 99940-9339

CÃO () GATO (X) Nome: Tom Idade: 2 a 6 m

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: Amarelo Cor: Amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3683

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-476 CNPJ nº 06.972.402/0001-34 Fone: (49) 3341-1557 / (49) 99106-1221



Microchip N° :



900195000106344

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ióla/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Rosane Lima dos Anjos

Nome: Rosane Lima dos Anjos CPF: 725.477.820-49

Endereço: R. Pires Nº:

Bairro: Cidade: interior /RS. Telefone: 95 99639 2696

CÃO () GATO (X) Nome: Morija Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Av. Anita Garibaldi, 100 - Jd. Santa Lúcia, São José - SC
CEP: 88101-400 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (41) 3241-1557 / (41) 99166-1221



Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2016 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ N. Rickes

Nome: Natasha Baldo Rickes CPF: 048.729.640-04

Endereço: Rua João Antunes do Nascimento Nº: 50

Bairro: Getab Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99735-5608

CÃO () GATO (X) Nome: Furmoça Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: Guimza Cor: Guimza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1821



Microchip N° : _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s):

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marciel Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jóia Ribeiro Dias de Almeida

Nome: Jóia Ribeiro Dias de Almeida CPF: 006.997.960-08

Endereço: Garapa Grande Nº: 514

Bairro: Imperatriz Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99940-9339

CÃO () GATO (X) Nome: Floer Idade: 11a 6 m

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Amarelo e marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88103-400 CNPJ nº 02.432.700/01-34 Fone (48) 3241-1557 / (48) 99365-1221



Microchip Nº: _____



900195000106343

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ N. Baldo

Nome: Natasha Baldo Fuchs CPF: 068.729.640-04

Endereço: Rua João Antunes do Nascimento Nº: 50

Bairro: Quilombo Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99435-5608

CÃO () GATO (X) Nome: Pinto Idade: 4 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Pinto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 86101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone (48) 3521-3557 / (48) 99166-1011

Microchip Nº : _____



900195000106350

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ N. Pedrosa

Nome: Natasha Baldo Pedrosa CPF: 048.729.640-04

Endereço: Rua João Antunes do Nascimento Nº: 50

Bairro: Geobal Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99735-5608

CÃO () GATO (X) Nome: Faísca Idade: 9 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: laranja

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 993, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-400 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99108-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Arlete de Oliveira

Nome: Arlete de Oliveira CPF: 023 899 570-48

Endereço: Brasilina Terra Nº: 638

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 49 991 85 6999

CÃO () GATO (X) Nome: Bontona Idade: 5 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 CNPJ: 06.912.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99080-1211

Microchip Nº: _____



900195000106540

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Cristina Wender.

Nome: Carla Cristiana Riva Wender CPF: 950.380.780-87

Endereço: Ava. Brasil Nº: 135

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (51) 99901-6435

CÃO () GATO (X) Nome: Isabela Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Beta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável do Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ 06.272.402/0001-34 Fone: (48) 3241-4557 / (48) 99366-1221

Microchip N° : _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Mateus Oliveira

Nome: Vagner Severo CPF: 01817842030

Endereço: Ricardo Bazzan Netto Nº: 469

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 999297988

CÃO () GATO (X) Nome: Ollie Idade: 3 a 4 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: amarela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 045, Campinas, São José - SC
CEP: 88.108-420. CNPJ: 06.978.402/0001-34. Fone: (48) 3343-1557 / 489 99160-1223

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Cristina Wender.

Nome: Carla Cristina Paiva Wender CPF: 950.380.780-87

Endereço: Ave. Brasil Nº: 135

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 9 9901-6435

CÃO () GATO (x) Nome: Algodão Idade: 7 meses

MACHO (x) FÊMEA () SRD () Raça: Sem raça Cor: Branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ: 06.972.402/0003-34 Fone: (48) 3243-1557 / (48) 99366-3221



Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Jennifer Davis

Nome: Adonis Gabriel Neuberger CPF: 034.521.590-09

Endereço: Rua Ricardo Bozzom Netto Nº: 1113

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99922-4262

CÃO () GATO (X) Nome: Lyora Idade: 10 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Laranja

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Juventude Jorge Lacerda nº 002, Campinas, São José - SC
CEP: 88.105-400 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221



Microchip Nº :



PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Anete de Oliveira

Nome: Kauane Abreu CPF: 023638570-48

Endereço: Brozeima Terra Nº: 638

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 996480467

CÃO () GATO (X) Nome: Suzara Idade: 2 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3541-4257 / (48) 993796-1221

Microchip N° : _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Isleite de Oliveira

Nome: Kauane Abreu CPF: 023899570-48

Endereço: Brasilina Terra Nº: 638

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99648 0467

CÃO () GATO (X) Nome: Otávio Idade: 8 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jangui Laporda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 | CNPJ: 06.972.802/0001-34 | Fone: (41) 3241-3557 / (41) 99166-1221

Microchip N° : _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização de procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóiá/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Cristina Wender.

Nome: Carla Cristiana Riva Wender CPF: 950.380.780-87

Endereço: Avg. Brasil Nº: 135

Bairro: Centro Cidade: Jóiá /RS. Telefone: (51) 99901-6435

CÃO () GATO (X) Nome: Quistal Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 883, Campinas, São José - SC.
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.978.492/0001-34 Fone: (48) 3243-1557 / (48) 93466-1221

Microchip Nº :



900195000106530

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retomar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estas podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Cristina Wender

Nome: Carla Cristina Paiva Wender CPF: 950.380.780-87

Endereço: Aux. Brasil Nº: 135

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 93901-6435

CÃO () GATO () Nome: caramelo Idade: 7 meses

MACHO (x) FÊMEA () SRD () Raça: Sem raça Cor: Amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3693



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-400 CNPJ 06.932.402/0001-34 Fone: (48) 3511-1557 / (48) 99966-1221

Microchip Nº : _____



900195000106355

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marlene T. M.

Nome: Marlene Massaguini CPF: 613.439.820-04

Endereço: Estrada 21 de Abril Nº: 511

Bairro: 21 de Abril Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99966-9051

CÃO () GATO (X) Nome: Mimosa Idade: 16 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 413, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-426 CNPJ: 06.922.402/0001-34 Fone: 481 3241-1557 / 481 90166-1221

Microchip N°: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano; repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessita de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ María Grace Domingues

Nome: María Grace Domingues CPF: 488 824 060 68

Endereço: Oratório Netto Obregón Nº: 277

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 51 99128 4693

CÃO () GATO (X) Nome: Nina Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: branco/preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV Nº 3583

Pronto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacinda, nº 943, Canpinas, São José - SC
CEP: 88.301-420 CNPJ: 06.272.402/0001-34 Fone: (48) 3243-1557 / (48) 99100-1203

Microchip Nº: _____



900195000106062

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repêso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Maria Grace Domingues

Nome: Maria Grace Domingues CPF: 498.824.060-68

Endereço: Drócio Netto Domingos Nº: 277

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99128 4693

CÃO () GATO (X) Nome: Quiquer Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 86.101-420 | CNPJ: 06.372.402/0001-34 | Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99186-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessita de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

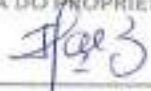
Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: JOSE TOMAS PAEZ ORTIZ CPF: 067.125.591-13Endereço: Rua Romanguera do Alameda Nº: 57Bairro: 21 DE ABRIL Cidade: JÓIA /RS. Telefone: (51) 996347936CÃO () GATO (X) Nome: MOSE Idade: 2 ANOSMACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: BRANCA**PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM**

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 945, Campinas, São José - SC
CEP 26.101-440 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99168-1225



Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Luana Soares Jardim

Nome: Luana Soares Jardim CPF: 046.857.030-65

Endereço: Rua Vitorio Bernaradi Nº: 378

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99628-9002

CÃO () GATO (x) Nome: indy Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (x) SRD (x) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 993, Campinas, São José - SC
CEP 08.102-420 - CNPJ 06.979.402/0001-34 Fone: (48) 3341-4557 / (48) 99169-1281

Microchip Nº :



900195000106155

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Silvone J. Lemos

Nome: Silvone Terezinha Lemos CPF: 004642 19043

Endereço: Assentamento Rondinha Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: Interior /RS. Telefone: 55 99 99 37004

CÃO () GATO (X) Nome: Lauro Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Ciomen Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos MóvelAvenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.305-420 CNPJ: 06.972.462/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99900-1225

900195000106239

Microchip N° : _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Denise Casarotto dos ReisNome: Denise Casarotto dos Reis CPF: 006.817.340-78Endereço: Nereci Galvão Vianna Nº: 47Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 9 96347523CÃO () GATO (X) Nome: Mel Idade: 1 anoMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom**PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM**



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.105-426 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3541-1557 / (48) 99180-1822

Microchip N°: _____



900195000106234

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Cristina Wender.

Nome: Carla Cristina Paiva Wender CPF: 950.380.780-87

Endereço: Ave Brasil Nº: 135

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99901-6435

CÃO () GATO (x) Nome: Hugo Idade: 6 meses

MACHO (x) FÊMEA () SRD () Raça: Sem raça Cor: cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1567 / (48) 93366-1021

Microchip N°: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Suelma Carolina Paima Wander CPF: 028494180-80Endereço: Edson Colares de Amorim Nº: 28Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 996528241CÃO () GATO (X) Nome: Nega Idade: 1 anoMACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Preto**PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM**DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorte, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.105-420. CNPJ: 08.972.402/0001-34. Fone: (48) 3241-3552 / (48) 99256-1721

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Itáia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Suelen Wender

Nome: Suelen Carolina Rizzo Wender CPF: 028.494.180-80

Endereço: Aderico Caldera do Amaral Nº: 23

Bairro: Centro Cidade: Itáia /RS. Telefone: (55) 996528221

CÃO () GATO (X) Nome: Chilobato Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-400 CNPJ: 06.978.402/0001-34 Fone: (41) 3557-7140 (41) 99166-1221

Microchip Nº:



900195000106227

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Eduarda R. S. Brites Schmadecke

Nome: Eduarda Brites CPF: 02289134051

Endereço: Rua Barcelos Nº: 52

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 936185112

CÃO () GATO (X) Nome: Pontaria Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.100-420. CNPJ: 06.072.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1527 / 148) 99565-1221

Microchip Nº: _____



900195000106224

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: João/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Teixeira

Nome: Vera Regina Pittas Teixeira CPF: 40401316068

Endereço: Rua Brasilina Terra, Nº: 2552

Bairro: 21 de Abril Cidade: João /RS. Telefone: (55) 99685-4121

CÃO () GATO (X) Nome: Kety Idade: 1ano e 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3242-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Eduarda R.S. Brittes Schmadecke

Nome: Eduarda Brittes CPF: 022.991.340-51

Endereço: Rua Barcelos Nº: 52

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 9 36 18 51 12

CÃO () GATO (X) Nome: Mitch Gabriel Idade: 1 ano e 2 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-400 - CNPJ: 06.972.432/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 9066-1225

Microchip N°: _____



900195000106228

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Ederk

Nome: Carson Luis Pittas Teixeira CPF: 013.700.110-80

Endereço: Rua Brasilina Terra Nº: 2558

Bairro: 21 de Abril Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99917-8668

CÃO () GATO (X) Nome: Mimi Idade: 09 9 Anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 913, Campinas, São José - SC
 CEP 88.305-420. CNPJ: 06.972.402/0001-34. Fone: (48) 3341-4557 / (48) 99168-3023

Microchip Nº: _____



900195000106230

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Eder R

Nome: Ederson Luis Pittos Teixeira CPF: 023.700.210-80

Endereço: Rua Brasilina Terra Nº: 2558

Bairro: 21 de Abril Cidade: João /RS. Telefone: (55) 99917-8668

CÃO () GATO (X) Nome: Nino Idade: 07 Meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Morisco Claro

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARNIA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 08.922.402/0001-34 Fone: (48) 3541-1557 / (48) 99166-1223

Microchip Nº: _____



900195000106141

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos e que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marciel Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ 

Nome: Vânia Portabon CPF: 8984183.004

Endereço: João Caldeira da Amora Nº: 45

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99845 3108

CÃO () GATO (X) Nome: Mimi Idade: 2 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.403/0001-34 Fone (48) 3241-1557 / (48) 99300-1222

Microchip Nº :



900195000106146

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s):

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Vânia Portallan CPF: 898 4183 004

Endereço: Colúcio Coldeiro de Amoral Nº: 45

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 998453108

CÃO () GATO (X) Nome: Maíque Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Ciombos Cor: cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-4557 / (48) 99156-1221

Microchip Nº: _____



900195000106151

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(a) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótica, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Silvane Terezinha Leães

Nome: Silvane J. Leães CPF: 004.642.18043

Endereço: Assentamento Rendinha Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: Interluz /RS. Telefone: (55) 999937207

CÃO () GATO (X) Nome: Sondi Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-400. CNPJ 06.572.402/0001-34. Fone: (48) 3441-1557 / (48) 99266-1221.

Microchip N°: _____



900195000106152

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Gilmaria Diana Rodrigues CPF: 012.825.740-78

Endereço: Rua Nerci Galdino Vianna Nº: 90

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99605-4213

CÃO () GATO (X) Nome: Guistal Idade: 7 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branca com branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lebedia, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.970.402/0001-34 Fone: (48) 3341-3557 / IdR 0006-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Sônia

Nome: Sônia Almeida Pacheco CPF: 000.521-220.00

Endereço: Travessa Viçosa Nº: _____

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 9 96802404

CÃO () GATO (X) Nome: Memex Idade: 5 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 88105-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99160-1221

Microchip N.º: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Sônia

Nome: Sônia Almeida Paschoal CPF: 000.521-220.00

Endereço: Travessa Visma Nº: _____

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55096802404

CÃO () GATO (X) Nome: Faíoca Idade: 5 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N.º 3563



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SP
CEP 80.103-320 CNPJ: 06.972.492/0001-34 Fone: (40) 3341-1557 / (48) 99409-1221

Microchip Nº: _____



900195000106235

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informada dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Luana Ferreira

Nome: Luana da Silva Fernandes CPF: 033.674.700-40

Endereço: Rua João Amadeu Nº: 07

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 98112-5406

CÃO () GATO (X) Nome: João Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 - CNPJ: 06.978.432/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99586-1221

Microchip N° : _____



900195000106069

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Luanna Soares Jardim

Nome: Luanna Soares Jardim CPF: 046.857.030-65

Endereço: Rua Vitorino Bermardi N°: 378

Bairro: Gentio Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99628-9002

CÃO () GATO (X) Nome: Bela Idade: 1a 5m

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 013, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99366-1221

Microchip Nº: _____



900195000106080

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jéia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Luanna Soares Jardim

Nome: Luanna Soares Jardim CPF: 046.857.030-65

Endereço: Rua Vitorino Bermardi Nº: 378

Bairro: Gumbus Cidade: Jéia /RS. Telefone: 55 99628-9002

CÃO () GATO (X) Nome: Tugela Idade: 1 a 5 m

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 - CNPJ: 06.372.402/0001-34, Fone: (48) 3241-1557 / (48) 90166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106060

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Joinville/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glennia G.R.

Nome: Glennia Oliveira Ribeiro Pinheiro CPF: 017.358.470-54

Endereço: Rua João de Deus Nº: 170

Bairro: Fundo Sol Cidade: Joinville /RS. Telefone: (55) 99953-2379

CÃO () GATO (X) Nome: Mileidi Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: _____ Cor: Preta e Branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lucas, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ 06.928.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip N°: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Gluysa G.R.

Nome: Gluysa Oliveira Ribeiro Vianna CPF: 017.358.470-54

Endereço: Rua João de Abreu NR: 170

Bairro: Pó do Sol Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99953-2379

CÃO () GATO (X) Nome: Joul Idade: 6 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor: marisco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacenda, nº 343, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 - CNPJ: 08.970.432/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106524

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Leticia Brendel de Oliveira

Nome: Leticia Brendel de Oliveira CPF: 039.634.820-36

Endereço: Vitorino Bernardi Nº: 448

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55) 96973596

CÃO () GATO (X) Nome: Mari Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 993, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.978.002/0001-34 Fone 148 3241-1557 / 148 99366-1221

Microchip Nº:



900195000106526

PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Flambrós

Nome: Genia Maria Oliveira Aze CPF: 498.158.220-04

Endereço: Emmano Ribeiro Nº: 001

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99615 3387

CÃO () GATO (X) Nome: Emmano Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: amarela Cor: amarela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Av. Dr. Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-101, tel: 48 372 4027/0001-34. Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99106-1221



Microchip Nº: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jdria/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Flambrós

Nome: Sônia Maria Oliveira Aze CPF: 488.158-20.04

Endereço: Francisco Pinheiro Nº: 001

Bairro: Centro Cidade: Jdria /RS. Telefone: 51 996153997

CÃO () GATO (X) Nome: Princesa Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 013, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.171-420 CNPJ: 06.972.102/0001-94 Fone: (48) 3421-1552 / (48) 08006-1221



900195000106537



900195000106537

Microchip Nº: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marli Dina Ferreira de Moraes

Nome: Marli Diná Ferreira de Moraes CPF: 474925200-00

Endereço: Exercícios Novos dos Santos Nº: 118

Bairro: Colete Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 999 174102

CÃO () GATO (X) Nome: Filha Idade: 4 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 013, Campinas, São João - SP
CEP: 08.101-400 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99306-1821

Microchip Nº: _____



900195000106529

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(a) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Gláucia Regina Schneider

Nome: Gláucia Regina Schneider CPF: 010.486.020-01

Endereço: Rua Francisco Xavier dos Santos Nº: 115

Bairro: Gumbó Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99704-8090

CÃO () GATO (X) Nome: Biscato Idade: 8 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: ginga e/

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.432/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99160-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Sandra R. de Lima

Nome: Sandra Regina de Lima CPF: 006.861.860-36

Endereço: Rua João Antunes de Nascimento Nº: 75

Bairro: Goioab Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99917-8177

CÃO () GATO (X) Nome: Gueja Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: garrincha

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacidônia, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 66.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3343-1557 / (48) 99116-1121

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicadas pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Sandra R. de Lima

Nome: Sandra Regina de Lima CPF: 006-861.860-36

Endereço: Rua João Antunes do Nascimento Nº: 45

Bairro: Getab Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99917-8147

CÃO () GATO (X) Nome: Sushi Idade: ± 1 ano

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco e cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM (tigrado)



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 - CNPJ: 00.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99756-1021

Microchip N°:



PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomado cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Flambrós

Nome: Corine Dombros Ferreira CPF: 017.578.720-43

Endereço: Horó's Neto Obregão Nº: 17

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 48 992493568

CÃO () GATO (X) Nome: Mimi Idade: -

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: - Cor: amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 - CNPJ: 00.972.403/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com pericia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Tâmia Salte de Quadros

Nome: Tâmia Salte de Quadros CPF: 498.171.240-53

Endereço: São João mission Nº: 5/N

Bairro: Imbuí Cidade: Jóia /RS. Telefone: 51 99632-3517

CÃO () GATO (X) Nome: juica Idade: 1 7 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Foxeado

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

marusca 3 pulos

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 943, Campinas: 040.2052-50
CEP 08105-420 Fone: 06.972402-9002-34 Fone fax 3501-4567 / 1481-9900-1220



Microchip N°: _____

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jolô/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Isabela Silva CPF: 98430807004
Endereço: Brasileira Terra Nº: _____
Bairro: 2 de Abril Cidade: Jolô /RS. Telefone: 55 997231148

CÃO () GATO (X) Nome: Kahe Idade: 4 meses
MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (41) 3341-1557 / (41) 99100-1221

Microchip N°:



PESO:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade da ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Joinville/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ *[Assinatura]*

Nome: Alexandra Guistima Wagner CPF: 997.380.230-68

Endereço: Rua João Ambrósio Nº: 158

Bairro: Centro Cidade: Joinville /RS. Telefone: (51) 99941-1105

CÃO () GATO (X) Nome: Guistal Idade: 1a 6 m

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Angora Cor: limpa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Av. Getúlio Vargas, 100 - Jd. Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 CNPJ: 06.972.473/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99100-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios de meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Isabela Silva CPF: 98430007004

Endereço: Brasilina Terra Nº: _____

Bairro: 21 de Abril Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99723 448

CÃO () GATO (X) Nome: Furmeça Idade: 4 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: cinza

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 143, Campinas, São José - SC
CEP: 88103-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Flambrós

Nome: Carine Bombrós Ferreira CPF: 017 578 720-43

Endereço: Horácio Neto Obregão Nº: 17

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 47 992493568

CÃO () GATO (X) Nome: Chica Idade: -

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: - Cor: branco/preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 85.101-420 CNPJ 06.970.402/0001-34 Fone: (48) 3301-1557 / (48) 90066-1221

Microchip Nº: _____

900195000106056

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Dambros

Nome: Carine Dambros Ferreira CPF: 017578720-43

Endereço: Horácio Neto Olegário Nº: 17

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 47 992493568

CÃO () GATO (X) Nome: luminizinha Idade: 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99156-1221

Microchip N° :



900195000106236

PESO:

7.1 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Eduarda R.S. Brittes Schmadecke

Nome: Eduarda Brittes CPF: 022 981 340-91

Endereço: Rua Borçeiros Nº: 52

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 51 936185142

CÃO (X) GATO () Nome: Fred Idade: 6 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Shitzu Cor: branco/preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88305-420 CNPJ 00.972.402/0001-34 Fone (48) 3441-7557 / (48) 99166-1111

Microchip N°: _____



PESO: _____

32kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com pericia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ióia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Silvia Inês Schneider Mamegazzi CPF: 769.416.200-72

Endereço: Esquina General Lima Nº: 511

Bairro: Interên Cidade: Ióia /RS. Telefone: (55) 99677-5521

CÃO (X) GATO () Nome: Ponteira Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Preta

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 913, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-400 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3343-4567 / (48) 90166-1221

Microchip Nº: _____



900195000106223

PESO: 6,400

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano; e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marçal Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ Eduarda R.S. Brittes Schmadecke

Nome: Eduarda Brittes CPF: 022.881.310-51

Endereço: Barcelos Nº: 52

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 936185112

CÃO (X) GATO () Nome: Thor Idade: 4 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Shitzu Cor: branco/preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Inscrição Nº: 9

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**Avenida Governador Jorge Lacerda, 111 013, Campinas, São José - SC
CEP: 88101-400 CNPJ: 06.972.432/0001-34 Fone: (48) 3341-3557 / (48) 99166-1222

Microchip Nº: _____



PESO: 10.600

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôla/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Suelen Carolina Pairo WanderNome: Suelen Carolina Pairo Wander CPF: 028.494.186-80Endereço: Idelício Caldera de Amorim Nº: 23Bairro: centro Cidade: Joia /RS. Telefone: (55) 996528221CÃO (X) GATO () Nome: Bidu Idade: 2 anosMACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Salsicha Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 943, Campinas, São João - SP
CEP 28101-480 CNPJ 06.972.432/0001-34 Fone: (41) 3541-1537 / (41) 99266-1221

Microchip Nº: _____



900195000106222

PESO: 9.300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jolita/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Suelen Wender

Nome: Suelen Caroline Paiva Wender CPF: 028.484.180-80

Endereço: Siderica Caldera do Amarel Nº: 28

Bairro: Centro Cidade: Jolita /RS. Telefone: (55) 996528221

CÃO (X) GATO () Nome: Nemi Idade: 8 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: babicha Cor: preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 942, Campinas, São José - SC
 CEP 88.101-400 - CNPJ: 06.977.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99165-1011

Microchip Nº: _____



900195000106229

PESO: _____

23kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estas podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Valdeir

Nome: Valdeir Romão de Lima CPF: 428.122.670-20

Endereço: Assentamento Gurus Nº: 15

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55) 99623-0241

CÃO ☒ GATO ☐ Nome: Maia Idade: 3 anos

MACHO ☐ FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583

**Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel**

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campanas, São João - SC
CEP 08.191-400 - CNPJ: 00.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99186-1221

Microchip Nº: _____



900195000106079

PESO: _____

27.800

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Itaí/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Luanna Soares Jardim

Nome: Luanna Soares Jardim CPF: 046.857.030-65

Endereço: Rua Vitória Bernardi Nº: 378

Bairro: Centro Cidade: Itaí /RS. Telefone: (51) 99628-9002

CÃO (X) GATO () Nome: Puto Idade: ± 5 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MCNETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
CEP: 88.301-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1567 / (48) 99386-1111

Microchip N°: _____



900195000106074

PESO: 7.300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2024 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Luanna Soares Jardim

Nome: Luanna Soares Jardim CPF: 046.857.030-65

Endereço: Rua Vitorino Bernardi NR: 378

Bairro: Fombus Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99628-9002

CÃO (X) GATO () Nome: Amora Idade: 1 a 4 m

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Av. da Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP: 88103-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: 481 3241-1557 / 481 00166-1221

Microchip N°: _____



PESO: _____

4.300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Valdinei Romes de Lima

Nome: Valdinei Romes de Lima CPF: 428.122.670-20

Endereço: Assentamento Guas Nº: 15

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 99623-0241

CÃO (X) GATO () Nome: Tuma Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Rinscher Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 - CNPJ: 08.978.402/0001-34. Fone: (48) 3341-1557 / (48) 90766-1201

Microchip Nº: _____

PESO: 20 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ióia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Fátima da Silva Silveira Padilha

Nome: Fátima da Silva Silveira Padilha CPF: 004.025.860-26

Endereço: Rua Marcos Loren Nº: 11

Bairro: Centro Cidade: João /RS. Telefone: (55) 999757880

CÃO (X) GATO () Nome: Siri Idade: 5 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 - CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone (48) 3241-3567 / (48) 88146-1221

Microchip Nº: _____



PESO: 20.400

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2025 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Afonso

Nome: Afonso Henrique Mendes de Lima CPF: 026.810.140-00

Endereço: Assentamento Geres Nº: 16

Bairro: Imbuera Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55) 99623-0241

CÃO (X) GATO () Nome: Tuba Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Av. da Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3041-4557 / (48) 99906-1221

Microchip N°: _____



900195000106237

PESO: _____

20.100

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 05/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Afonso

Nome: Afonso Henrique Mendes de Lima CPF: 026.810.140-00

Endereço: Assentamento Gueas Nº: 16

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99623-0241

CÃO (X) GATO () Nome: Branca Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Cor:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
CEP 88101-420 CNPJ 06.272.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 09156-1021

Microchip Nº:



PESO:

25,40

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jolá/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ _____

Nome: JOSE TOMAS PAEZ Ortiz CPF: 047.125.991.13

Endereço: Rua Romanguera do Amaral Nº: 57

Bairro: 21 DE ABRIL Cidade: Jolá /RS. Telefone: (55) 996347936

CÃO (X) GATO () Nome: Iulu Idade: 10 ANOS

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Anolla Cor: Marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 983, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 - CNPJ: 06.972.403/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 08008-1023

Microchip Nº: _____



PESO: 5.100

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me forem claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/R5

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Jefferson Leon Suli-mari CPF: 03615577071

Endereço: Celeste Burtat Nº: 483

Bairro: Centro Cidade: Jôia/R5 Telefone: 53 8996128347

CÃO (X) GATO () Nome: Juma Idade: 3 anos
MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Pinscher Cor: marrom preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
 CEP 88301-470 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-3557 / (48) 69206-1221

Microchip Nº: _____



900195000106077

PESO: _____

8 Vg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marta Gleir R. Bueno

Nome: Marta Gleir R. Bueno CPF: 937.967.120-15

Endereço: Rua Guleste Buvet Nº: 378

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99661-9558

CÃO ☒ GATO () Nome: Tiôgimho Idade: + 13 anos

MACHO ☒ FÊMEA () SRD ☒ Raça: _____ Cor: Guaranulo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 89.103-420 - CNPJ: 06.972.432/0001-34. Fone: (48) 3611-1557 / (48) 99100-1225

Microchip Nº: _____



900195000106061

PESO: 5700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Ióia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marta Elain R. Bruno

Nome: Marta Elain R. Bruno CPF: 987.967.120-15

Endereço: Rua Geleste Buntet Nº: 348

Bairro: Centro Cidade: Ióia /RS. Telefone: (55) 99661-9558

CÃO (X) GATO () Nome: Pipeca Idade: ± 3 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: Doberman Cor: marrom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 603, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-400 CNPJ: 06.971.402/0001-34 Fone: (48) 3641-5557 / (48) 00765-1021

Microchip N°: _____



900195000106142

PESO: _____

23.300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ [Assinatura]

Nome: Bernhar Oliveira Bernardi CPF: 028.338.740-81

Endereço: Estrada Santo Antônio Nº: 5A

Bairro: Interiores Cidade: Jóia /RS. Telefone: 51 99618-4148

CÃO (X) GATO () Nome: Lombeta Idade: 8 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Galgo Cor: Branco - Amarelo
7/branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.301-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99589-1243

Microchip N°: _____



900195000106066

PESO: 12400

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glaudete S. J. P. Roux

Nome: Glaudete Sécilia J. Roux CPF: 383.541.360-00

Endereço: Botucurinhos Nº: S/N

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (51) 99985-3469

CÃO ☒ GATO ☐ Nome: Fauca Idade: 4 anos

MACHO ☐ FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: _____ Cor: Garano

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 013, Campinas, São José - SC
CEP: 86.105-400. CNPJ: 06.972.402/0001-34. Fone: (48) 3341-1557 / 1499 09108-1121

Microchip Nº:



900195000106067

PESO:

26.700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glaudete C. J. Porto

Nome: Glaudete Cecília J. Porto CPF: 383.541.360-00

Endereço: Retuvinhos Nº: 514

Bairro: Interior Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55) 99985-3469

CÃO (X) GATO () Nome: Dioma Idade: 5 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Maxxom Cor: Maxxom

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jirgê Lacenda, nº 944, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 - Fone: (48) 3541-1557 / (48) 99196-1822

Microchip Nº: _____



900195000106073

PESO: 19,800

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado:

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

PORTER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Gilaudete C. Pave

Nome: Gilaudete Gualia y. Pave CPF: 383.541.360-00

Endereço: Petropolis Nº: 510

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99985-3469

CÃO (X) GATO () Nome: Malu Idade: 3 anos
MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Guaranês

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 043, Campinas, São José - SC
CEP 88.161-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1527 / (48) 99300-1221

Microchip N°:



900195000106042

PESO:

24 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 05/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jolândia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→

Nome: Alexandra Guisina Wegner CPF: 997.380.230-68

Endereço: Rua João Ambrósio NR: 158

Bairro: Centro Cidade: Jolândia/RS. Telefone: (51) 9 9941-1105

CÃO ☒ GATO () Nome: Magre Idade: ± 6 meses

MACHO () FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: Cor: Garanhão

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 643, Campinas, São José - SC
CEP 88.105-420 CNPJ: 06.972.432/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99880-1721

Microchip N°:



900195000106158

PESO:

8300

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Itaja/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Karolena Siqueira

Nome: Karolena Paduho de Siqueira CPF: 050.819.270-66

Endereço: Rua Odorico Caldeira do Amaral Nº: 231 AP4

Bairro: Centro Cidade: Itaja /RS. Telefone: (55) 999924124

CÃO (X) GATO () Nome: Cadu

Idade: 11 meses

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça:

Cor: Preto e Branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 642, Campinas, São João - SC
CEP: 89.101-420 - CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3741-1557 / (48) 08466-1221

Microchip Nº: _____



900195000106153

PESO: 5,20

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Leandro B. dos Santos

Nome: Leandro B. dos Santos CPF: 969.787.590-15

Endereço: Rua Ricardo Bozzom Neto Nº: 610

Bairro: Centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99606-7259

CÃO (X) GATO () Nome: Bela Idade: 8 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: branco e preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 843, Campinas, São José - SC
CEP 88.401-420 CNPJ 20.972.402/0001-34 Fone: 481 3241-1557 / 481 9026-1221

Microchip N°: _____



PESO: 30,200

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL

→ Nilson S. Holschuh

Nome: Nilson Holschuh CPF: 000.126.140-17

Endereço: Ruizima Coronel Lima Nº: _____

Bairro: interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: 95

CÃO (X) GATO () Nome: Baia Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Pilo Cor: coromela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583

Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos
Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 013, Campaná, São José - SC
CEP 88.101-400 CNPJ: 06.972.432/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1261

Microchip Nº: _____



900195000106078

PESO: 24 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicadas pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Glaudete C.F. Pore

Nome: Glaudete Cecília F. Pore CPF: 333.541.360-00

Endereço: Patricimbo Nº: 510

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99985-3469

CÃO ☒ GATO () Nome: Ghema Idade: 5 meses

MACHO () FÊMEA ☒ SRD ☒ Raça: _____ Cor: Puro e branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ nº 272.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99160-1221

Microchip Nº: _____



PESO: _____

37.500

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

➔ Silvane Terezinha Lemes

Nome: Silvane J. Lemes CPF: 004.642.130-43

Endereço: Assentamento Rendinha Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: interior /RS. Telefone: 55 999937207

CÃO (X) GATO () Nome: Belo Idade: 5 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: _____ Cor: coromela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SP
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.973.402/0001-34 Fone: (48) 3241-4557 / (48) 99186-1223

Microchip N°:



PESO:

5500

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/s que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Mercal Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ 

Nome: Alexandra Guistina Wagner CPF: 997.380.230-68

Endereço: Rua João Andreatta Nº: 158

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS, Telefone: 55 99941-1105

CÃO (X) GATO () Nome: Jimmi Idade: 3 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: Bulldog Cor: Branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARNIA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 043, Campinas - São José - SC
CEP 88.100-420 - CNPJ: 00.928.402/0001-34 Fone: (48) 3241-4557 / (48) 99966-1221

Microchip N°: _____



PESO: _____

4.100

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Silvane J. Jemes

Nome: Silvane Teresinha Jemes CPF: 00464218043

Endereço: Assentamento Rondinha N°: _____

Bairro: _____ Cidade: Interior /RS. Telefone: (55) 999937207

CÃO (X) GATO () Nome: Mima Idade: 5 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Preto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Licenda, nº 843, Campinas, São José - SC
 CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone (48) 3241-3557 / (48) 99166-1821

Microchip N° : _____



900195000106149

PESO: 9400

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

Nome: Vânia Portellon

CPF: 8984183004

Endereço: Odorico Caldeira de Amaral

Nº: 45

Bairro: centro

Cidade: Jóia

/RS. Telefone: 55 999453108

CÃO (X) GATO ()

Nome: Guri

Idade: 1 ano

MACHO (X) FÊMEA ()

SRD ()

Raça: Bordogue

Cor: branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 343, Campinas, São José - SC
 CEP 88.109-420 CNPJ 00.272.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99586-1223

Microchip Nº: _____



PESO: _____

27 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicadas pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marçal Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ _____

Nome: Stefane Houp de Siqueira CPF: 05120458017

Endereço: Amadeu Seixas Nº: 22

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 996588561

CÃO (X) GATO () Nome: Fred Idade: 2 anos

MACHO (X) FÊMEA () SRD () Raça: pit bull Cor: branco

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, 11º 043, Campinas, São José - SC
CEP 88100-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99166-1221

Microchip N°: _____



PESO: 3600

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, a que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, a que me foram claramente explicados pelo médico veterinário. Inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Flambrés

Nome: Denise Dambrós CPF: 88755916015

Endereço: Horácio Neto Deregão Nº: 17

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55 999 44 7580

CÃO (x) GATO () Nome: Sky Idade: 5

MACHO () FÊMEA (x) SRD (x) Raça: _____ Cor: coromela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 944, Campinas, São João - SC
CEP 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip N° :



PESO:

4,10

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Giovanna Souza

Nome: Giovanna Ketelem G. de Souza CPF: 030.352.780-32

Endereço: Rua Galmar Kruel Nº: 31

Bairro: Centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: 55 99661-8364

CÃO ☒ GATO () Nome: Peteca Idade: 5 anos

MACHO () FÊMEA ☒ SRD () Raça: Pinscher Cor: Puro

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda nº 343, Campinas, São José - SC
 CEP 88.101-220 CNPJ nº 07.777.777-0001-1111-1111
 Tel: (48) 3241-1557 / (48) 99086-1233

Microchip Nº: _____

PESO: 15 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Leda G Lauriano

Nome: Leda Gonçalves Lauriano CPF: 887.229.700-10

Endereço: São João Próxim Nº: 511

Bairro: Interior Cidade: Jôia /RS. Telefone: (55) 99988-4914

CÃO (X) GATO () Nome: Laica Idade: 2 anos

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Branco e amarelo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos

Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, 17º 943, Campinas, São José - SC
 CEP: 88.101-420 - CNPJ: 06.972.432/0001-34 Fone: (48) 3241-4557 / (48) 99269-1221

Microchip N°:



900195000106046

PESO:

5500

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Flambrós

Nome: Corine Dambrós Ferreira CPF: 017 578 720 43

Endereço: Haroldo Neto Osório Nº: 17

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 47 992493568

CÃO (X) GATO () Nome: Colou Idade: 1 ano e 6 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD () Raça: Shitzu Cor: Rosa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
 CRMV N° 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacorda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 06.305-420 - CNPJ: 00.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99100-1221

Microchip Nº: 900195000106159

PESO: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico na(s) animal(is) abaixo identificado(s).

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECETA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marciel Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ 

Nome: Jey Almeida Gonçalves CPF: 250.134.750-15

Endereço: Esquina Santa Antônia Nº: 512

Bairro: Interior Cidade: Jóia /RS. Telefone: 51 99970-1492

CÃO () GATO ☒ Nome: Pudimão Idade: 1 ano

MACHO ☒ FÊMEA () SRD (☒) Raça: _____ Cor: Puro

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Av. Jd. Governador Jairo Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP 88.101-420 CNPJ 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3241-4557 / (48) 99106-1121

Microchip Nº: _____



PESO: 8.900

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Dedaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Dedaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Osvaldo dos Santos

Nome: Osvaldo dos Santos Gonçalves CPF: 64784582091

Endereço: Rondônia Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: Interior /RS. Telefone: 55 999888131

CÃO (X) GATO () Nome: Feissa Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: branca

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.401/0001-34 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99166-1221

Microchip N°:



PESO:

12.700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marçal Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Rivail

Nome: Rivail Rosa dos Anjos CPF: 428 443 67072

Endereço: R de maio Nº: 361

Bairro: centro Cidade: jôia /RS. Telefone: 55 9936 7606

CÃO (X) GATO () Nome: Sem nome Idade: 1 ano

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: amarela Cor: amarela

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 343, Campinas, São José - SC
CEP: 88.101-420 CNPJ: 06.972.402/0001-36 Fone: (48) 3241-1557 / (48) 99266-1721

Microchip Nº:



900195000106055

PESO:

40 kg

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(s) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Marilena de Fátima L. Loureiro

Nome: Marilena de Fátima L. Loureiro CPF: 887.231.000-87

Endereço: São João Mission Nº: 5/N

Bairro: Interior Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 99727-1726

CÃO (X) GATO () Nome: Lusa Idade: 17 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: _____ Cor: Rufa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

Projeto Castração



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador Jorge Lacerda, nº 941, Camomais, São José - SC
CEP: 88.101-120 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-1557 / (48) 99186-1001

Microchip Nº:



900195000106353

PESO:

9,100

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(a) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário, a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jôia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Ari Halty

Nome: Ari Halty CPF: 974 218 390-20

Endereço: Ricardo Bazzan Neto Nº: 530

Bairro: centro Cidade: Jôia /RS. Telefone: 55

CÃO (X) GATO () Nome: Faísca Idade: 2

MACHO (X) FÊMEA () SRD (X) Raça: menor Cor: menor

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM

DRA. MARINA MONETA DANTE
CRMV Nº 3583



Instituto Castração e Educação para Guarda Responsável de Cães e Gatos Móvel

Avenida Governador João Lacerda, nº 943, Campinas, São José - SC
CEP: 88.105-420 CNPJ: 06.972.402/0001-34 Fone: (48) 3341-3557 / (48) 99193-1823

Microchip Nº: _____



PESO: 17700

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Autorizo a realização do procedimento cirúrgico no(a) animal(is) abaixo identificado.

Fui informado dos riscos decorrentes da anestesia, sendo a possibilidade de ÓBITO um deles. Estou ciente de que quaisquer doenças, como infecção uterina, obesidade e ainda presença de carrapatos, vermes ou outros parasitas, idade avançada ou, ainda, jejum prolongado, aumentam os riscos anestésicos.

Reconheço os riscos por doenças pré-existentes ou incubadas. Responsabilizo-me a cumprir as orientações recebidas quanto aos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios do meu animal. E estou ciente que a não utilização do colar elizabetano, repouso absoluto, poderá comprometer a recuperação do mesmo. Qualquer eventualidade após a cirurgia deverá ser comunicada e, conforme as indicações do veterinário, o dono poderá retornar à clínica para um acompanhamento pós-cirúrgico, que será isento de cobrança em horário comercial. Entendo que a clínica e os veterinários ficarão isentos de quaisquer responsabilidades se eventualmente o animal for encaminhado a outro(s) estabelecimento(s) e/ou profissional veterinário; a menos que seja estabelecimento e/ou profissional veterinário previamente indicado, neste caso, sendo isento de cobrança adicional e os ônus sob responsabilidade da clínica.

Declaro estar ciente que receberei kit de medicação pós-cirúrgica (antibiótico, anti-inflamatório e pomada cicatrizante) e colar elizabetano, e que devo assumir os custos de qualquer outro medicamento prescrito pela equipe cirúrgica ou caso o meu animal necessite de atendimento em decorrência de quaisquer problemas por não seguir as orientações prescritas acima. Declaro também estar ciente de que não é realizado nenhum check-up laboratorial pré-operatório sem autorização do proprietário.

Autorizo a aplicação de anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico, declarando que fui informado/a que estes podem apresentar complicações mesmo que quando aplicados com perícia e prudência.

Declaro que de maneira informada concordo com os procedimentos cirúrgicos a que o paciente será submetido, e que me foram claramente explicados pelo médico veterinário, inclusive fui esclarecido acerca dos possíveis riscos inerentes, durante ou após a realização do procedimento, estando o referido profissional isento de qualquer responsabilidade decorrente de tais riscos.

POR TER LIDO E CONCORDADO COM OS TERMOS E TER RECEBIDO O FOLHETO CONTENDO A RECEITA E AS ORIENTAÇÕES PRÉ E PÓS OPERATÓRIAS, ASSINO A PRESENTE AUTORIZAÇÃO.

Data: 03/05/2026 Local: Praça Municipal Marcial Terra Cidade: Jóia/RS

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO OU RESPONSÁVEL:

→ Ricardo

Nome: Ricardo Rosa dos Anjos CPF: 428 143 670 72

Endereço: 12 de maio Nº: 361

Bairro: centro Cidade: Jóia /RS. Telefone: (55) 9936 7606

CÃO (X) GATO () Nome: Pequena Idade: 8 meses

MACHO () FÊMEA (X) SRD (X) Raça: lrasima Cor: lrasima

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CASTRAÇÃO E MICROCHIPAGEM