**CADASTRO DE ANIMAL PARA CONSULTA EXTERNA**

**DADOS DO RESPONSÁVEL**  **CADASTRO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

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

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONE: (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) ONG ( ) BAIXA RENDA ( ) ANIMAL COMUNITÁRIO

**DADOS DO ANIMAL**

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESPÉCIE: CANINO FELINO SEXO: MACHO FÊMEA

RAÇA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COR(ES): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PORTE: PEQUENO MÉDIO GRANDE TEMPERAMENTO: DÓCIL INSTÁVEL

Eu, abaixo assinado, proprietário do paciente admitido aqui, não tenho renda suficiente para pagar um atendimento veterinário particular. Declaro ter conhecimento de que o Centro de Controle de Zoonoses não presta nenhum serviço de encaminhamento e nem exames complementares, realizando somente um atendimento clinico/físico. Aqui certifico que li e compreendi a autorização acima para a realização da consulta, também certifico que nenhuma garantia ou certeza foram dadas quanto aos resultados. Declaro também não ter tido nenhum gasto financeiro cobrado pelo centro de controle de zoonoses.

Entrada: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_ hrs.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Veterinário Responsável