



Ofício 04/2023

São João Batista, 13 de Janeiro de 2023

Excelentíssimo Sr
Pedro Alfredo Ramos
Prefeito Municipal
São João Batista - SC

Excelentíssimo Senhor

Cumprimentando-o cordialmente, vimos por meio deste, apresentar a Prestação de Conta mensal no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) recebido em 14/12/2022, através do Termo de Fomento celebrado entre o Município de São João Batista, por intermédio do Fundo Municipal de Saúde e a Associação Batistense protetora dos Animais – ABPA.

Esse valor foi destinado para esterilização de animais, conforme plano de convênio apresentado, relatório e termos de adoção em anexo.

Em anexo, a documentação que comprova as despesas.

Atenciosamente,

Kamilla Trainotti
Presidente da ABPA

①



PARECER DO CONSELHO FISCAL

O Conselho Fiscal da entidade **Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA de São João Batista, CNPJ nº 23.746.525/0001-76**, declara que os recursos recebidos através do Fundo Municipal de Saúde de São João Batista, no valor de **R\$ 3.000,00 (três mil reais)** recebidos no dia 14/12/2022, foram aplicados para os fins concedidos.

Certifica, por fim, que os pagamentos efetuados à conta do referido recurso foram destinados aos credores especificados nas notas fiscais e transferências bancárias que integram esta prestação de contas.

São João Batista, 13 de Janeiro de 2023

JHENYS CAROLINE SIQUEIRA DA ROSA

Conselho Fiscal

RITA DE CÁSSIA KREUSCH

Conselho Fiscal

②



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA

Exercício de 2022

ANEXO TC - 29

Declaração de recebimento e aplicação de subvenções sociais de

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Ordenador da Despesa: KARIN CRISTINE GELLER LEOPOLDO
Entidade Beneficiada: ASSOCIACAO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS - ABPA C.N.P.J.: 23.746.525/0001-76
Endereço: JOAO VICENTE DA SILVA - 433 CEP: 88240-000
Responsável: CPF:
Nota Empenho Número: 2246 Data: Valor: 3.000,00
Projeto/Atividade: 2.040 Funcionamento e Manutenção Centro Zoonose
Item: 3.3.50.00.00.00.00.00 Transferencias a Instituicoes Privadas sem Fins Lu
Fonte: 0.1.02.1002.0000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde
Natureza da Despesa: 3.3.50.41.02.00.00.00 Despesa com Manut de Outras Entid de Direito Priv

Histórico Fiel da Finalidade: PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS A ASSOCIAÇÃO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS

"Declaramos, para todos os efeitos legais, que a importância supra mencionada foi recebida por esta entidade e aplicada em seu benefício e no atendimento de seus objetivos "

S.J. BATISTA, 13 de JANEIRO DE 2023

Nome	Cargo	Assinatura	CPF
Karin Geller Leopoldo	Presidente		
Marcela Silva	Tesoureira		

3



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Balancete de Prestação de Contas de Recursos Antecipados


Exercício de 2022

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Ordenador da Despesa: KARIN CRISTINE GELLER LEOPOLDO
Entidade Beneficiada: ASSOCIACAO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS - ABPA C.N.P.J.: 23.746.525/0001-76
Endereço: JOAO VICENTE DA SILVA - 433 CEP: 88240000
Responsável: CPF:
Nota Empenho Número: 2246 Data: 25/10/22 Valor: 3.000,00
Projeto/Atividade: 2.040 Funcionamento e Manutenção Centro Zoonose
Item: 3.3.50.00.00.00.00.00.00 Transferencias a Instituicoes Privadas sem Fins Lu
Fonte: 0.1.02.1002.0000 Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde
Natureza da Despesa: 3.3.50.41.02.00.00.00 Despesa com Manut de Outras Entid de Direito Priv

Histórico Fiel da Finalidade: PELA TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS A ASSOCIAÇÃO BATISTENSE PROTETORA DOS ANIMAIS AUTORIZADO PELA LEI MUNICIPAL Nº 3.774/2017 DE 12/12/2017 REF. MÊS 10/2022.

Documento		Histórico	Recebimentos	Pagamentos
Número	Data			
Empenho: 2246	25/10/2022	Valor recebido nesta data conforme empenho	3.000,00	
0		Devolução de Adiantamento		
6211		<i>zooet services veterinarias</i>		<i>3000</i>
Totais			0,00	<i>3000</i>

4

ZOOVET SERVIÇOS VETERINÁRIOS EIRELI CNPJ: 18.082.480/0001-42 AVENIDA GETULIO VARGAS, 11 - 1º andar CEP: 88353-000 - Bairro: CENTRO II Município: BRUSQUE - SC Telefone: (47) 33510670 Email: gerenciasosanimais@gmail.com Insc. Municipal: 64599	Número da NFS-e 6211	
	Situação Emitido	

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

 Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Brusque Secretaria da Fazenda	Autenticidade 0180550087558369	
	Data Emissão 30/11/2022	Hora Emissão 11:55:46

TOMADOR DO SERVIÇO

Razão Social		CPF/CNPJ
ABPA ASSOCIACAO BATISTENSE DE PROTECAO		23.746.525/0001-76
Endereço	Número	Complemento
RUA DOMINGOS RAMPELOTTI	S/N	
Bairro	CEP	Cidade - Estado
CENTRO	88240-000	SAO JOAO BATISTA - SC

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

Serviço	Local Prest.	Alíquota	Sit. Trib.	Vlr. Trib.	Dedução	Vlr. ISSRF
509	8055	3.0000 %	TI	3.000,00	0,00	0,00

Descrição do Serviço:
PROCEDIMENTO CIRURGICO (12 CASTRAÇÕES) PIX

Base de Cálculo	Valor ISSQN	Valor ISSRF	Desconto	Valor Total	
3.000,00	90,00	0,00	0,00	3.000,00	
IR	INSS	CSLL	COFINS	PIS	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Descrição dos subitens da lista de serviço em acordo com Lei Complementar 106/03

509 - Planos de atendimento e assistência médico-veterinária.

Legenda do local da prestação do serviço

8055 - BRUSQUE - SC

Outras Informações

TI - Tributada integralmente.

(509) Serviço Tributado no município do prestador.

Autorização para emissão de Nota Fiscal de Serviço Eletrônica: 5/2014 de 08/01/2014.

A data de vencimento do ISS quando o mesmo for devido no município do Prestador: 12/12/2022.

A veracidade das informações declaradas na NFS-e podem ser consultadas no site: www.nfs-e.net.

Valor aproximado dos tributos: Federais R\$ 403,50 (13.4500%), Estaduais R\$ 0,00 (0.0000%), Municipais R\$ 137,10 (4.5700%), com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT.



Pix Enviado - Efetivado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOCIACAO B PROTETORA

CNPJ: 23.746.525/0001-76

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Dados do recebedor:

Nome: ZOOVET SERVICOS VETERINARIOS EIRELI

CNPJ: 18.082.480/0001-42

Instituição: CCLA MAXI ALFA

Dados da transação:

Situação: Efetivado

Valor: 3.000,00

Data/Hora: 22/12/2022 às 08:45:51

Descrição: Pagamento ABPA

ID transação: E0036030520221222114349ebd43d9cb

Código da operação: 13980129024

Chave de Segurança: YW4JZS0C2LVS0XX4

Chave Pix: 18082480000142

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

6

Extrato por período

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	61,51 C
14/12/2022	<u>141055</u>	<u>CRED TEV</u>	3.000,00 C
		Saldo	3.061,51 C
14/12/2022	<u>141055</u>	<u>CRED TEV</u>	3.000,00 C
		Saldo	6.061,51 C
14/12/2022	<u>141055</u>	<u>CRED TEV</u>	3.000,00 C
		Saldo	9.061,51 C
14/12/2022	<u>141056</u>	<u>CRED TEV</u>	3.000,00 C
		Saldo	12.061,51 C
14/12/2022	<u>141056</u>	<u>CRED TEV</u>	3.000,00 C
		Saldo	15.061,51 C
14/12/2022	<u>141056</u>	<u>CRED TEV</u>	3.000,00 C
		Saldo	18.061,51 C
22/12/2022	000549	DOC ELET E	3.000,00 D
		Saldo	15.061,51 C
22/12/2022	<u>220845</u>	<u>ENVIO PIX</u>	3.000,00 D
		Saldo	12.061,51 C
22/12/2022	221222	TARIFA DOC	11,00 D
		Saldo	12.050,51 C
23/12/2022	000549	DOC E DEV	3.000,00 C
		Saldo	15.050,51 C
01/01/2023	990540	REM BASICA	0,13 C
		Saldo	15.050,64 C

Extrato por período

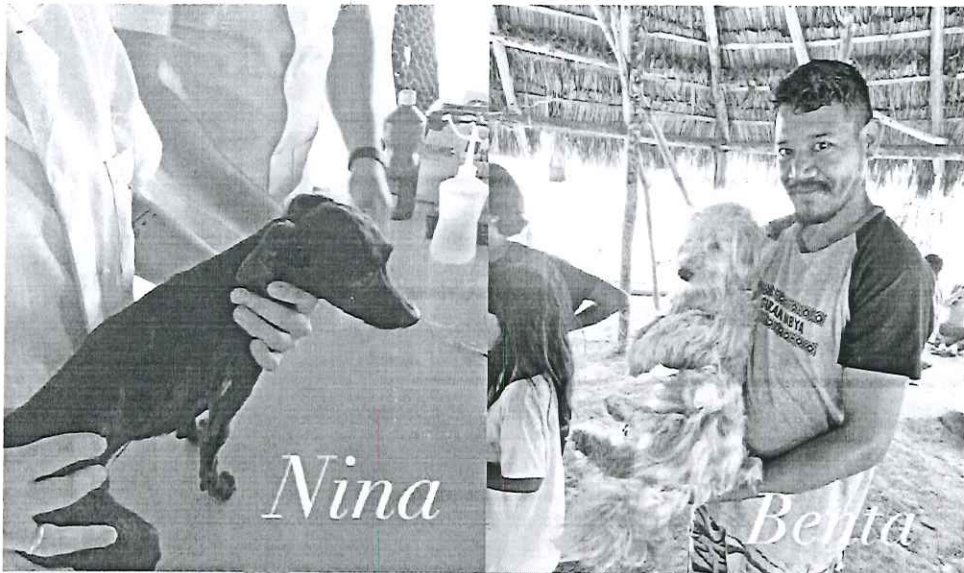
Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	15.050,95 C
03/01/2023	<u>031706</u>	<u>ENVIO PIX</u>	3.000,00 D
		Saldo	12.050,95 C
04/01/2023	111964	DEVOL TED	3.000,00 C
		Saldo	15.050,95 C
04/01/2023	<u>111964</u>	<u>ENVIO TED</u>	3.000,00 D
		Saldo	12.050,95 C
09/01/2023	<u>110866</u>	<u>ENVIO TED</u>	3.000,00 D
		Saldo	9.050,95 C
10/01/2023	<u>170236</u>	<u>ENVIO TED</u>	3.000,00 D
		Saldo	6.050,95 C
11/01/2023	102681	DEVOL TED	3.000,00 C
		Saldo	9.050,95 C
11/01/2023	<u>102681</u>	<u>ENVIO TED</u>	3.000,00 D
		Saldo	6.050,95 C
11/01/2023	<u>110832</u>	<u>ENVIO PIX</u>	3.000,00 D
		Saldo	3.050,95 C
12/01/2023	100071	ENVIO TED	3.000,00 D

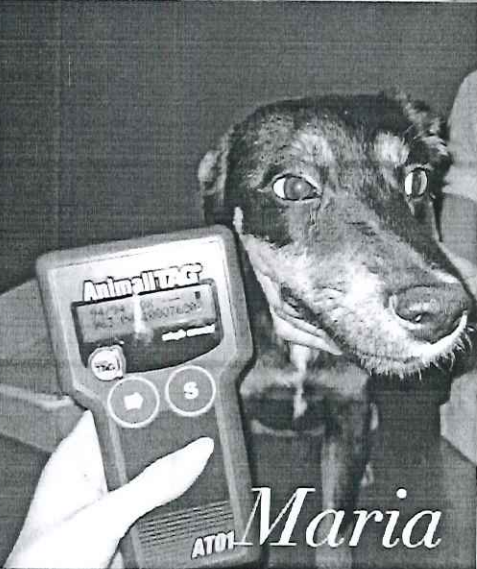
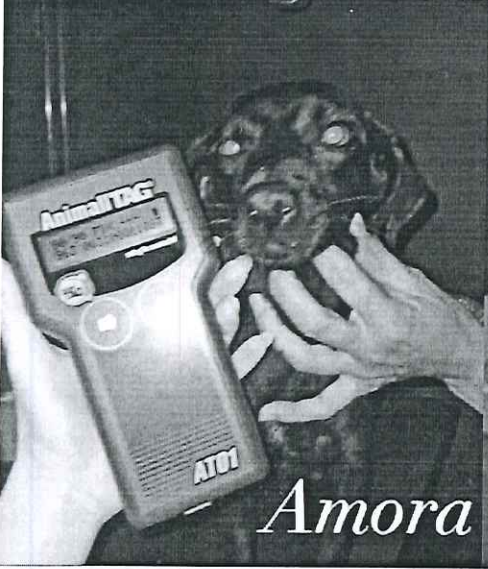
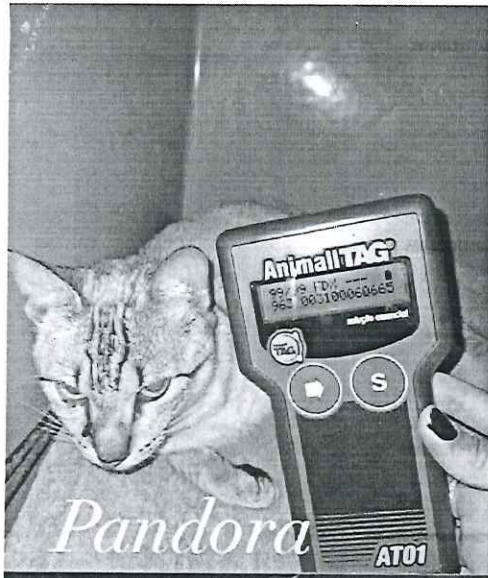
8

16/01/2023	230109	DOC/TED PE		11,00 D
			Saldo	40,33 C
16/01/2023	230110	DOC/TED PE		11,00 D
			Saldo	29,33 C
16/01/2023	230111	DOC/TED PE		11,00 D
			Saldo	18,33 C
16/01/2023	230112	DOC/TED PE		11,00 D
			Saldo	7,33 C

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.



10



11



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Branca

Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]

Endereço: [Redacted]

Telefone 1: [Redacted]

Informações do Animal

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input checked="" type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input checked="" type="checkbox"/> fêmea | <input type="checkbox"/> vermifugado | <input type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input checked="" type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

Branca, porte P

Observações do Procedimento

sabacco

Clínica: Clínica Veterinária dos Animais CNPJ: 18.082 480/0001-421

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Centro Brusque - SC

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: 92.8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

[Redacted Signature]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 07/04/22



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: BETA
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED] Bairro: _____
Telefone 1: [REDACTED] E-mail: _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

BEGE, PONTE P.

Observações do Procedimento

CASINACIO

Clínica: Hospital Veterinário D.O.S Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Jardim Buzque - SC

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC-8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 09/11/2017



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Printada
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: _____
Telefone 1: [Redacted]

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

pacato P, pintado

Observações do Procedimento

carinhoso

Clínica: Hospital Veterinário do S. Animais CNPJ: 18.082.480/0001-40

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Antas Brusque - SC

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC - 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 07/11/2017



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: nia
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED] Bairro: _____
Telefone 1: [REDACTED] E-mail _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

BRANCO, Porte P.

Observações do Procedimento

CASTRADO

Clínica: Hospital Veterinario S.O.S Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Av. Getulio Vargas nº 11 Centro Brusque

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC/8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 09/11/22



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: PANDORA
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone 1: _____ mail _____

Informações do Animal

() cão gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

Panda

Observações do Procedimento

Castração

Clínica: Hospital Veterinário S.O. Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Centro Brusque - SC
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: BC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 09/11/17



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Mina
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: _____
Telefone 1: [Redacted] E-mail _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

preto, porte P

Observações do Procedimento

vacinação

Clínica: Hospital Veterinário SOS Animais CNPJ: 18.082.480-0001/42
Endereço: Avenida Guilhermino Vargas nº 11 Centro I
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 21/11/22

REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Amora
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: _____
Telefone 1: [Redacted] E-mail _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

Preta, porte P.

Observações do Procedimento

Castração

Clínica: Hospital Veterinário S.O.S. Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 - Centro Brusque - SC
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC/8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC/8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 24/11/22



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: TONY
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED] Bairro: _____
Telefone 1: [REDACTED] E-mail: _____

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

Preto, Porte M.

Observações do Procedimento

Castração

Clínica: Hospital Veterinário S.O.S Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Centro - Brusque - SC

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC/8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 24/11/22



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Mel

Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]

Endereço: [Redacted] Bairro: [Redacted]

Telefone 1: [Redacted] E-mail [Redacted]

Informações do Animal

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input checked="" type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input checked="" type="checkbox"/> fêmea | <input type="checkbox"/> vermifugado | <input type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

preto, porte P.

Observações do Procedimento

castrado

Clínica: Hospital Veterinário G.O.S Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Fontes Brusque

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC - 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

[Redacted Signature]

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 22/11/20



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Luna

Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]

Endereço: [Redacted] Bairro: _____

Telefone 1: [Redacted]

Informações do Animal

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input checked="" type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input checked="" type="checkbox"/> fêmea | <input type="checkbox"/> vermifugado | <input type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

preta, porte M.

Observações do Procedimento

contração

Clínica: Hospital Veterinário dos Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Jardim Boursique - SJ

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 24/11/27



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: Maria
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [Redacted]
Endereço: [Redacted] Bairro: _____
Telefone 1: [Redacted]

Informações do Animal

cão () gato castrado () microchipado
() macho fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

preta, porte M.

Observações do Procedimento

vestiões

Clínica: Hospital Veterinário dos Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 11 Centro - Brusque - SC
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC-8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

[Redacted]
Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 24/11/22



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 04/2017

Nome do Animal: ESMOLA
Responsável/Tutor/Lar Temporário: [REDACTED]
Endereço: [REDACTED] Bairro: _____
Telefone 1: [REDACTED] Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

() cão () gato () castrado () microchipado
() macho () fêmea () vermifugado () adotado
() filhote () adulto () vacinado () _____

Descrição do Animal (Cor, Tamanho, Porte, Raça)

Observações do Procedimento

Clínica: Hospital Veterinário S.O.S. Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Av. Getúlio Vargas nº11 Centro - Brusque
Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza
Médico Veterinário
CRMV/SC 8054

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

São João Batista, 24/11/22