

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
CNPJ - 23.746.525/0001-76
São João Batista - Santa Catarina



Ofício 19/2023
de Setembro de 2023

São João Batista, 08

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 21/08/2023, 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 esterilização em anexo indicando realização do procedimento e animal beneficiado.

Em anexo, a documentação que comprova as despesas e pagamentos.

Atenciosamente,

Kamilla Trainotti
Presidente da ABPA

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
Rua: João Vicente da Silva, Número 433, Lote 3 Quadra C, Tajuba 2, São João Batista
E-mail: sjbabpa@gmail.com



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

Exercício de 2023

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Ordenador da Despesa: KARIN CRISTINE GELLER
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: 1690 Data: 10/08/23 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: 1.500.1002.000 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 ATRAVÉS DO TERMO DE FOMENTO Nº 002/2022 DE 27/12/2022 REF. MÊS 07/2023.

| Documento | | Histórico | Recebimentos | Pagamentos |
|---------------|------------|--|--------------|------------|
| Número | Data | | | |
| Empenho: 1690 | 10/08/2023 | Valor recebido nesta data conforme empenho | 3.000,00 | |
| 0 | | Devolução de Adiantamento | | |
| 6568 | 16/08/23 | Zoonet Serviços Veterinários LTDA | | 3.000,00 |
| Totais | | | 3.000,00 | 3.000,00 |

Comprovante DOC E

CAIXA

Valor

R\$ 3.000,00

Data

06/09/23
16:56



Operação realizada com sucesso!

Dados do Pagador

Conta origem

3533 | 1388 | 000739157484-9

Dados do Recebedor

Conta destino

3069 | 130644-8

Tipo

E

Banco

756-BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Finalidade

01-Crédito em Conta Corrente

Nome destinatário

ZOOVET SERVICOS VETERINARIOS

CPF/CNPJ destinatário

18.082.480/0001-42

Dados da Transação

Valor a ser transferido

3.000,00

Taxa de emissão de DOC

11,00

Valor total a ser debitado

3.011,00

Identificação da operação

SOS

Data de débito

06/09/2023

Código da operação

41087224

Chave de segurança


TH9MKM50ECL7K775

20% - O VALOR TRANSFERIDO ESTÁ A
DISPONÍVEL NA CONTA DESTINO NA MANHÃ DO
DIA ÚTIL SEGUINTE A DATA DO DÉBITO NA CONTA
DE ORIGEM.


Você poderá consultar futuramente essa e outras
transações no item Transações, opção "Consultas
Comprovantes"

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos
canais de atendimento e informe o ID da transação presente
nesse comprovante.

Até CAIXA 4004 0104 (Capitais e reg. metropolitanas)
Até CAIXA 0800 104 0 104 (Demais regiões)
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvidoria 0800 725 7474

| | | |
|--|--------------------------------|---|
| ZOOVET SERVIÇOS VETERINÁRIOS LTDA 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 6568 |  |
| | Situação Emitido | |

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

| | | |
|--|--|---------------------------------|
|  Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Brusque Secretaria da Fazenda | Autenticidade 0180550098424843 | |
| | Data Emissão 16/08/2023 | Hora Emissão 12:33:17 |

TOMADOR DO SERVIÇO

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS

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

Descrição do Serviço:
 PROCEDIMENTO CIRURGICO (10 CASTRAÇÕES) DEPOSITO

| Base de Cálculo | Valor ISSQN | Valor ISSRF | Desconto | Valor Total |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|
| 3.000,00 | 90,00 | 0,00 | 0,00 | 3.000,00 |
| IR 0,00 | INSS 0,00 | CSLL 0,00 | COFINS 0,00 | PIS 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: 11/09/2023.
 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.



ESTADO DE SANTA CATARINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Declaração de recebimento e aplicação de subvenções sociais de

Exercício de 2023

ANEXO TC - 29

Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Ordenador da Despesa: KARIN CRISTINE GELLER
Entidade Beneficiada: ASSOCIAÇÃO 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: 1690 Data: _____ Valor: 3.000,00
Projeto/Atividade: 2.040 Funcionamento e Manutenção Centro Zoonose
Item: 3.3.50.00.00.00.00.00 Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lu
Fonte: 1.500.1002.000 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 "

..... de

| Nome | Cargo | Assinatura | CPF |
|------------------------|-------------------|---------------------|------------|
| <u>Kamila Treinell</u> | <u>Presidente</u> | <u>[Assinatura]</u> | [Redacted] |
| <u>Marcia Skust</u> | <u>Síndico</u> | <u>[Assinatura]</u> | [Redacted] |

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
CNPJ - 23.746.525/0001-76
São João Batista - Santa Catarina



PARECER DO CONSELHO FISCAL

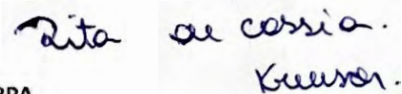
O Conselho Fiscal da entidade Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA de São João Batista, CNPJ nº 23.746.525/0001-76, declara que os recursos recebidos através do Fundo Municipal de Saúde de São João Batista, no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) recebidos no dia 21/08/2023, foram aplicados 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, 08 de Setembro de 2023


JHENYS CAROLINE SIQUEIRA DA ROSA
Conselho Fiscal

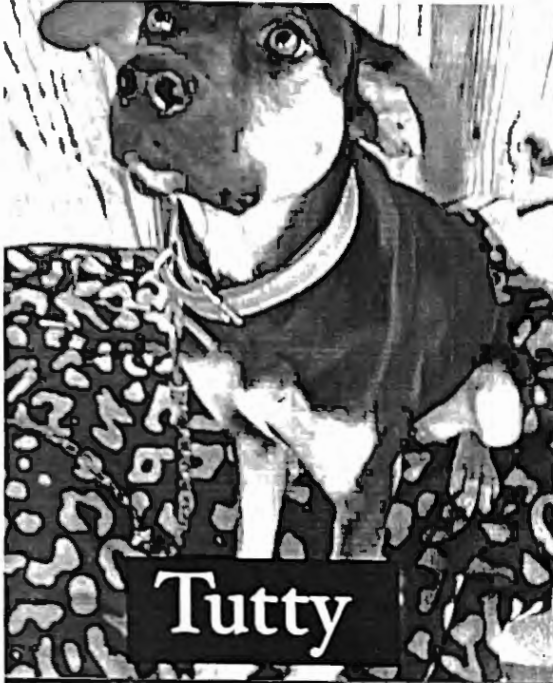
RITA DE CÁSSIA KREUSCH
Conselho Fiscal



Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
Rua: João Vicente da Silva, Número 433, Lote 3 Quadra C, Tajuba 2, São João Batista
E-mail: sjbabpa@gmail.com







Tutty



João



Malu



Lua








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

Exercício de 2023


Unidade Concedente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE SÃO JOÃO BATISTA
Ordenador da Despesa: KARIN CRISTINE GELLER
Entidade Beneficiada: ASSOCIAÇÃO 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: 1690 Data: 10/08/23 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: 1.500.1002.000 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 ATRAVÉS DO TERMO DE FOMENTO Nº 002/2022 DE 27/12/2022 REF. MÊS 07/2023.

| Documento | | Histórico | Recebimentos | Pagamentos |
|--------------|------------|--|--------------|------------|
| Número | Data | | | |
| Empenho 1690 | 10/08/2023 | Valor recebido nesta data conforme empenho | 3.000,00 | |
| 0 | | Devolução de Adiantamento | | |
| 6568 | 14/08/23 | Zoonose Services Veterinária | | 3.000,00 |
| Totais | | | 3.000,00 | 3.000,00 |

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| ZOOVET SERVIÇOS VETERINÁRIOS LTDA 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: gerenciasosanima@gmail.com Insc. Municipal: 64599 | Número da NFS-e 6568 |  |
| | Situação Emitido | |

Nota Fiscal de Serviço Eletrônica - Série Única

| | | |
|--|--|---------------------------------|
|  Estado de Santa Catarina Prefeitura Municipal de Brusque Secretaria da Fazenda | Autenticidade 0180550098424843 | |
| | Data Emissão 16/08/2023 | Hora Emissão 12:33:17 |

TOMADOR DO SERVIÇO

| | | |
|--|------------|-----------------------|
| Razão Social | | CPF/CNPJ |
| ABPA ASSOCIACAO BATISTENSE DE PROTECAO | | 23.746.525/0001-76 |
| Endereço | Número S/N | Complemento |
| RUA DOMINGOS RAMPELOTTI | | |
| 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 (10 CASTRAÇÕES) DEPOSITO

| 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: 11/09/2023.
 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.

Comprovante DOC E

CAIXA

Valor

R\$ 3.000,00

Data

06/09/23
16:50

Operação realizada com sucesso!

Dados do Pagador

Conta origem

3533 | 1388 | 000739157484-9

Dados do Recebedor

Conta destino

3069 | 130644-8

Tipo

E

Banco

756-BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A.

Finalidade

01-Crédito em Conta Corrente

Nome destinatário

ZOOVET SERVICOS VETERINARIOS

CPF/CNPJ destinatário

18.082.480/0001-42

Dados da Transação

Valor a ser transferido

3.000,00

Taxa de emissão de DOC

11,00

Valor total a ser debitado

3.011,00

Identificação da operação

SOS

Data de débito

06/09/2023

Código da operação

41087224

Chave de segurança

TH9MKMSODECL7K775

20X - O VALOR TRANSFERIDO ESTARÁ DISPONÍVEL NA CONTA DESTINO NA MANHÃ DO DIA ÚTIL SEGUINTE A DATA DO DÉBITO NA CONTA DE ORIGEM.

Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item Transações, opção "Consultas Comprovações".

Em caso de dúvidas entre em contato através dos nossos canais de atendimento e informe o ID da transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA 4004 0104 (Capitais e reg. metropolitanas)
Alô CAIXA 0800 104 0104 (demais regiões)
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 725 2492
SAC CAIXA 0800 724 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474

Handwritten signature



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

Exercício de 2023

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 | | |
| 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: | 1690 | 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 Institucoes Privadas sem Fins Lu | |
| Fonte: | 1.500.1002.000 | 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 | |

Historico 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 "

..... de

| Nome | Cargo | Assinatura | CPF |
|------------------------------|-------------------|---------------------|------------|
| <u>Karin Cristine Geller</u> | <u>Secretaria</u> | <u>[Assinatura]</u> | [Redacted] |
| <u>marcela Stumpf</u> | <u>Secretaria</u> | <u>[Assinatura]</u> | [Redacted] |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
CNPJ - 23.746.525/0001-76
São João Batista - Santa Catarina



Ofício 19/2023
de Setembro de 2023

São João Batista, 08

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 21/08/2023, 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 esterilização em anexo indicando realização do procedimento e animal beneficiado.

Em anexo, a documentação que comprova as despesas e pagamentos.

Atenciosamente,

Kamilla Trainotti
Presidente da ABPA

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
Rua: João Vicente da Silva, Número 433, Lote 3 Quadra C, Tajuba 2, São João Batista
E-mail: sjbabpa@gmail.com

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
CNPJ - 23.746.525/0001-76
São João Batista - Santa Catarina



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 21/08/2023, 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, 08 de Setembro de 2023

JHENYS CAROLINE SIQUEIRA DA ROSA
Conselho Fiscal

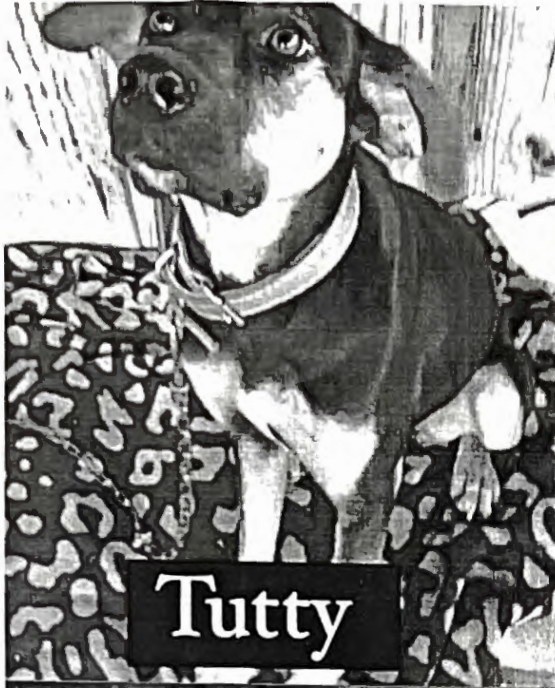
RITA DE CÁSSIA KREUSCH
Conselho Fiscal

Associação Batistense Protetora dos Animais - ABPA
Rua: João Vicente da Silva, Número 433, Lote 3 Quadra C, Tajuba 2, São João Batista
E-mail: sjbabpa@gmail.com

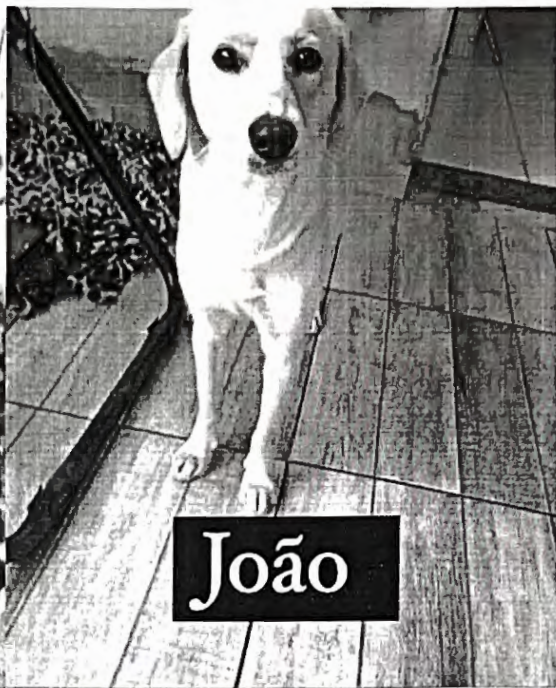


9

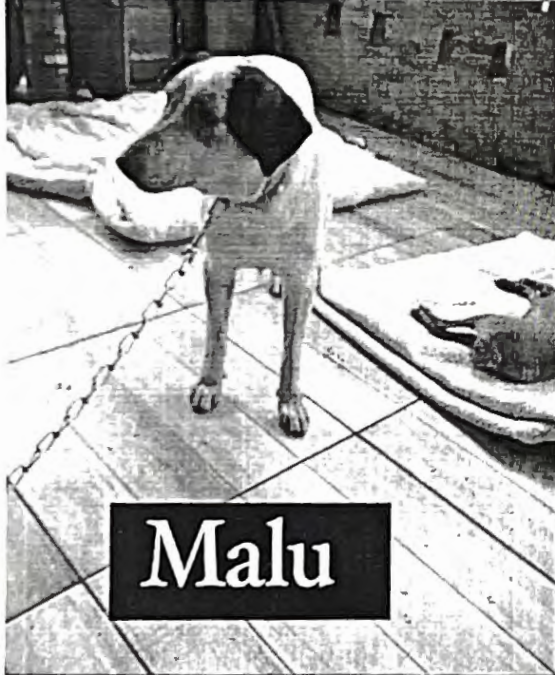




Tutty



João



Malu



Lua







REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Mali

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

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 checked="" type="checkbox"/> vermifugado | <input checked="" type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input checked="" type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Data: _____

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Nome do Animal: Mali

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

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 checked="" type="checkbox"/> vermifugado | <input checked="" type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input checked="" type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Data: _____

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Clinica: Hospital Veterinário São Pio CNPJ: 18.080.480/0001-42

Endereço: Rua da Galiléia 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: João
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ e 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: João
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone: _____ e 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clinica: Hospital Veterinário São Animais CNPJ: 18.082480/0001-42
Endereço: Avenida 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Tutty
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

Data _____

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário _____

Nome do Animal: Tutty
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

Data _____

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário _____

Clínica: Hospital Veterinário São Amador CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Av. Getúlio Vargas nº 41 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Estopa
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

_____ Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Estopa
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

_____ Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinária SOS animais CNPJ: 18 082.480/0001-42
Endereço: Avenida Getúlio 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Jana

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

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 checked="" type="checkbox"/> vermifugado | <input type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input checked="" type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Data: _____ Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Nome do Animal: Jana

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

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 checked="" type="checkbox"/> vermifugado | <input type="checkbox"/> adotado |
| <input type="checkbox"/> filhote | <input checked="" type="checkbox"/> adulto | <input type="checkbox"/> vacinado | <input type="checkbox"/> _____ |

Data: _____ Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Clínica: Hospital Veterinário São Animais CNPJ: 19.092.480/0001-42

Endereço: Avenida Getúlio 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Xuxuca
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

Data: _____

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Nome do Animal: Xuxuca
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

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

Data: _____

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Clinica: Hospital Veterinário São Crispim CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Av. Getúlio 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Amora _____

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____

Telefone 1: _____ e 2: _____ E-mail _____

Informações do Animal

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

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Amora _____

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____

Telefone 1: _____ telefone 2: _____ E-mail _____

Informações do Animal

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

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário SOS animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº 11, Centro, Brusque

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza

Médico Veterinário

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Dora

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input 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"/> _____ |

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: _____

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone: _____ Telefone 2: _____ E-mail: _____

Informações do Animal

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input 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"/> _____ |

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinária SOS animais CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Avenida Getúlio Vargas nº 11, Centro, Brusque

Médico Veterinário: Lucas Felipe de Souza CRMV: SC 8054

Dr. Lucas Felipe de Souza

Médico Veterinário

Assinatura e Carimbo do Médico Veterinário



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Lua

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail _____

Informações do Animal

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input 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"/> _____ |

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: _____

Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone 1: _____ Telefone 2: _____ E-mail _____

Informações do Animal

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> cão | <input type="checkbox"/> gato | <input type="checkbox"/> castrado | <input type="checkbox"/> microchipado |
| <input type="checkbox"/> macho | <input 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"/> _____ |

Data

Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário São Antônio CNPJ: 18.082.480/0001-42

Endereço: Av. Getúlio 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



REGISTRO DE PROCEDIMENTO DE ESTERILIZAÇÃO - TF 02/2022

Nome do Animal: Malu
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____

Informações do Animal

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

_____ Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Nome do Animal: Bela
Responsável/Tutor/Lar Temporário: _____
Endereço: _____
Telefone 1: _____ Telefone 2: _____

Informações do Animal

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

_____ Assinatura do Responsável/Tutor/Lar Temporário

Clínica: Hospital Veterinário SOS Animais CNPJ: 18.082.480/0001-42
Endereço: Cozinha Getúlio Vargas nº 11 Centro I, 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