Ofício nº 462/2025/AAL

Pato Branco, *datado e assinado digitalmente*.

Ao Senhor
LINDOMAR RODRIGO BRANDÃO
Presidente
Câmara Municipal de Pato Branco
Pato Branco - PR

Prezado, segue resposta ao Requerimento nº 864/2025.

Cumprimentamos os dignos vereadores pelo trabalho realizado em favor do nosso município, assim como nos colocamos sempre à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

CARLINHO ANTONIO POLAZZO
Assessor de Assuntos Legislativos

Assinado por 1 pessoa: CARLINHO ANTONIO POLAZZO
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/A08A-7D02-AFB7-9D3D e informe o código A08A-7D02-AFB7-9D3D

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: A08A-7D02-AFB7-9D3D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

CARLINHO ANTONIO POLAZZO (CPF 855.XXX.XXX-30) em 13/10/2025 08:48:01 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/A08A-7D02-AFB7-9D3D

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO

Memorando 2- 28.069/2025

De: Lediane C. - SMA-CA

Para: Envolvidos internos acompanhando

Data: 18/09/2025 às 11:31:28

Setores envolvidos:

SEC-EXEC-AL, SMA, SMA-CA

req 864, 865 e 866

Prezados,

Segue o ofício n° 384/2025 em resposta ao requerimento n° 864/2025

Estamos disponíveis para maiores esclarecimentos

Atenciosamente

_

Lediane Rodrigues de Chaves

Médica Veterinária CRMV - PR 24286

Anexos:
Castracoes_Hospital_Arcanjo_Mes_de_Agosto.pdf
Castracoes_Hospital_Arcanjo_Mes_de_Agosto_2_.pdf
Castracoes_Hospital_Arcanjo_Mes_de_Julho.pdf
Oficio_n_384_em_resposta_ao_Requerimento_n_864_Encaminhamento_dos_documentos_referentes_as_castracoes

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MARINES MAIER DA SILVA CPF:073553549-30 FONE: (46) 99110-8149 RUA PRESIDENTE PRUDENTE, N 24 BAIRRO:SÃO ROQUE - PATO BRANCO -PR - ROSANGELA RIBEIRO DE SOUZA TROXE (46) 99131-2043

Nome do animal: Cristel Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Husky Siberiano

Idade: 5 anos e 5 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 23,400kg

Rosangela Ribeiro S.

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 25/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: CRISTAL
Responsável pelo animal: MARINES MAIER DA SILVA CPF:073553549-30 FONE: (46) 99110-8149 RUA PRESIDENTE PRUDENTE, N 24 BAIRRO:SÃO ROQUE - PATO BRANCO -PR - ROSANGELA RIBEIRO DE SOUZA TROXE (46) 99131-2043
DATA DE ENTRADA:25/08/2025 HORA DE ENTRADA:07 hrs 54 min
DATA DE SAÍDA:25/08/25 HORA DE SAÍDA:18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 52 94 112

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 23,400kg Idade aprox: 5 a 6 meses Raça: Husky Siberiano

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela acima 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Marines Maier da Silva

Nome do animal: Cristal

Espécie: CAN **Raça:** Husky Siberiano

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** cinza e branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 29 411 21,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 25 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Isabela da Cruz Carvalho

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Penelope Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 19,1kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 25/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ISABELAA DA CRUZ CARVALHO

Endereço: SETEMBRINO TOMAZZI 520, SÃO JOÃO

DE ENTRADA: 25 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 45 min

DATA DE SAÍDA: 25 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 02 12

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 19,1 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Isabela Carvalho

Nome do animal: Penelope

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290212,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 25 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MAURO EDSON SANTOS - (46) 99900-7562
HENRIQUE MINICOWSKI TROUXE E VIRÁ BUSCAR (46) 99915-4786 - RUA UBIRATA, 443 - MENINO DEUS - PATO BRANCO-PR

Nome do animal:LOBINHA Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 3 anos

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 13,600kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 26/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LOBINHA
Responsável pelo animal: MAURO EDSON SANTOS - (46) 99900-7562
HENRIQUE MINICOWSKI TROUXE E VIRÁ BUSCAR (46) 99915-4786 - RUA UBIRATA, 443 - MENINO DEUS
PATO BRANCO-PRDATA DE ENTRADA:26/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 56 min
DATA DE SAÍDA: 26/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291922

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 13,600kg Idade aprox: 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela de 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Mauro Santos

Nome do animal: Bolinha

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 1922,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 26/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Julia Farretto Pereira

RG: _____ CPF: 094.303.789-10

Tel. Cel.: (46) 9 9105-0204

Endereço: Luiz Farretto 189, Sta Sallet

Nome do animal: Laranjinha Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade: ± 9 meses Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,900

Julia Farretto

TUTOR

Anita B Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 26/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Julia Farretto Vieira

Endereço:

DATA DE ENTRADA: 26/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 08 min

DATA DE SAÍDA: 26/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005294089

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

(x) Felino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Pequeno

Peso: 3,900 kg Idade aprox: ± 9 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Pelo curto, laranja

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Julia Farretto
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Júlia Vieira

Nome do animal: Laranjinha

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Laranja

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005294089,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 26/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Esmeralda 13685 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 1 a 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,5 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 12/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 12/08/25 HORA DE ENTRADA: ___hrs___min

DATA DE SAÍDA: 20/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 52 90 398

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,5 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta e branca

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Paula Bronchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13685

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 290398,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 22/ 08 / 2025.

Paula Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Jessica Bortolini

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Pepa Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Pug Idade: ± 1 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 6,8 kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Jessica Bortolini

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Pepa Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Pug Idade: ± 1 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 6,8Kg

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: JESSICA MARIA MUNHOZ BORTOLINI

Endereço: MARÇO PENSO 385, VILA ESPERANÇA

DATA DE ENTRADA: 21/08/25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 21/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233005293387

(X) Canino (X Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 6,8 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: Pug

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Abricot

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10Kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Jessica Bortolini

Nome do animal: Pepa

Espécie: Cão **Raça:** Pug

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Abricot

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 3387,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

Endereço: GONÇALVES DIAS 875 SÃO CRISTOVÃO

DATA DE ENTRADA: 21 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 04 min

DATA DE SAÍDA: 21 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292443

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 15,90 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia – Castração Cadela 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99917-9890

Endereço: GONÇALVES DIAS 875, SÃO CRISTOVÃO

Nome do animal: Bruna Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 15.900

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Daiani Soares

Nome do animal: Luna

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 2443,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21/ 08/ 2024.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

Endereço: GONÇALVES DIAS 875 SÃO CRISTOVÃO

DATA DE ENTRADA: 25 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 04 min

DATA DE SAÍDA: 01 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 52 92 171

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 16,000 kg Idade aprox: 1 a 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99917-9890

Endereço: GONÇALVES DIAS 875, SÃO CRISTOVÃO

Nome do animal: Belinha Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 16,00

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21 / 08 / 2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Daiane Soares

Nome do animal: Belinha

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900 230052921171,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99917-9890

Endereço: GONÇALVES DIAS 875, SÃO CRISTOVÃO

Nome do animal: Diana Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 30,6

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21 /08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

Endereço: GONÇALVES DIAS 875 SÃO CRISTOVÃO

DATA DE ENTRADA: 21 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 04 min

DATA DE SAÍDA: 01 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293361

(X) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 30,600 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia. - Castração cadela acima 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Daiane Soares

Nome do animal: Diana

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900 230 052 933 61,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 03 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99917-9890

Endereço: GONÇALVES DIAS 875, SÃO CRISTOVÃO

Nome do animal: Samira Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,300

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: DAIANE CARVALHO DOS SANTOS SOARES

Endereço: GONÇALVES DIAS 875 SÃO CRISTOVÃO

DATA DE ENTRADA: 21/08/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 09 min

DATA DE SAÍDA: 21/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 3901

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,300 kg Idade aprox: ± 8 m Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta e branca

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Blanchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Daiane Soares

Nome do animal: Gomera

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 93901,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 03 / 2025.

Talita Blanchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: REGINA MONICA CAMARGO

RG:_____ CPF: 045.014.719-30

Tel. Cel: 04699974-4220

Endereço: RUA ANGELO GRABRIEL 337, VENEZA

Nome do animal:PRETO Espécie: Canina (X) Felina ( ) Raça:

S.R.D Idade: 01 ano Sexo: M (X) F ( ) Peso: 7,200

Regina M. Camargo

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 19/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: REGINA MONICA CAMARGO

Endereço: RUA ANGELO GABRIEL 337, VENEZA

DATA DE ENTRADA: 19/08/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 29 min

DATA DE SAÍDA: 19/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291542

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 7,200 kg Idade aprox: 01 ano Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preto, Branco, Curto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia – Castração cão até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Regina M. Camargo
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Regina Camargo

Nome do animal: Beto

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23300 52 91 542,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 19 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13602 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 5 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 19 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 04/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 12 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 20/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291320

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 19 kg Idade aprox: ± 5 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariectomia - Castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laila Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13602

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233005291320,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Laila B Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: REGINA MONICA CAMARGO

RG:_____ CPF: 045.014.719-30

Tel. Cel: 04699974-4220

Endereço: RUA ANGELO GRABRIEL 337, VENEZA

Nome do animal: Chule Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 1 6 meses Sexo: M (X) F ( ) Peso: 17,200

Regina M Camargo

Laíta B P Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 19 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Regina Camargo

Nome do animal: Chulé

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tricolor

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233000529813,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 19 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: REGINA MONICA CAMARGO

Endereço: RUA ANGELO GABRIEL 337, VENEZA

DATA DE ENTRADA: 19/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 22 min

DATA DE SAÍDA: 19/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP N° 900233005290813

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 17,200 kg Idade aprox: ±6 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco, marron, Pelo curto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castracão cão de 10kg - 20kg
Chipagem.

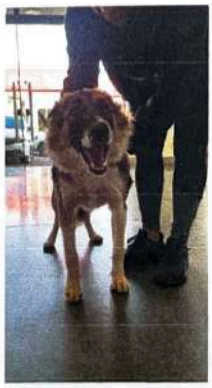
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Regina M. Camargo
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: INESITA BONETTI VIEIRA - CPF:717904709-00 FONE: (46)98802-8172
RUA ALEXADRE GUSMÃO, 632 BAIRRO ALVORADA - PATO BRANCO.Nome do animal: Coco
Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Shih Tzu
Idade: 5 anos

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 8,600 kg

Inesita Bonetti Vieira

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 18/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Thaisa Vieira

Nome do animal: Cacau

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Cinza e Branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292661,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 18/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: CACAU
Responsável pelo animal: INESITA BONETTI VIEIRA - CPF:717904709-00 FONE: (46)98802-8172
RUA ALEXADRE GUSMÃO, 632 BAIRRO ALVORADA - PATO BRANCO.
DATA DE ENTRADA:18/08/2025 HORA DE ENTRADA:08 hrs 12 min
DATA DE SAÍDA: 18/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292661

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte
Peso: 8,600kg Idade aprox: 5 anos Raça: Shihtzu
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Anderson Neckel Ref. Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 05/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 05/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291081

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte peq./médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 10,3 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco / Anderson Neckel

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Bolinha Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 10,3kg

_____ Laita Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 05 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Anderson Neckel

Nome do animal: Bolinha

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291081,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 05/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Município de Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46)99974-9879

Endereço: Chacara Pizatto, continuação rua Itatiba

Nome do animal: Guarita Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,500

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 25/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Município de Pato Branco

Endereço: Chacara Pizato continuação rua 3 Fabris

DATA DE ENTRADA: 25/07/25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 01/08/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293478

(x) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,500 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração Cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Tahita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Ergonte 13524

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293478,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 25 / 07 / 2025.

Tahita Bianchin Borges
Médica veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: THAIS CRISTINA DE ALMEIDA CPF:075809869-30
RUA:PEDRO CALDATO, N 65 BAIRRO CADORIN - PATO BRANCO PR
FONE:99115-9354

Nome do animal: Indy
Idade: 1 ano e 8 meses

Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: ~~SRD~~ Pinscher

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 4Kg

Thais C. de Almeida

TUTOR

Paulo Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 05/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: MOLY

Responsável pelo animal: THAIS CRISTINA DE ALMEIDA CPF:075809869-30
RUA:PEDRO CALDATO, N 65 BAIRRO CADORIN - PATO BRANCO PR
FONE:99115-9354

ENTRADA:05/08/2025 HORA DE ENTRADA 08 hrs 08 min
DATA DE SAÍDA: 05/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293903

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 4,20kg Idade aprox: 1 ano e 8 mes Raça: Pinscher

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Thaís Cristina de Almeida

Nome do animal: Moly

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293903,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 05/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Gorente 13528 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 4,9 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 26/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 25/07/25 HORA DE ENTRADA: 16 hrs 08 min

DATA DE SAÍDA: 01/08/25 HORA DE SAÍDA: 12 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292802

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 4,9 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta e branca

Outras características relevantes: _____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branca

Nome do animal: Errante 13528

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preta e Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292802,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 26/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 11 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 08/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292059

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 7 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13592 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 7kg

Laura B Borges

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13592

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292059,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13604 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Husky Sib. Idade: ± 2anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 9,5kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 28 min

DATA DE SAÍDA: 08/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 22 7 735

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 9,5 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: ~~SRD~~ Husky Siberiano

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco e marron

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



DANFSE - Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Serviço Eletrônica

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Taita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13604

Espécie: CAN **Raça:** Husky Siberiano

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branco e Marrom

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005227735,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Taita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13632 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,5kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 06/03/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

PREFEITURA DE PATO BRANCO

GABINETE DO PREFEITO

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Municipal

Endereço: Rua Itaqui, 795

DATA DE ENTRADA: 06/08/25 HORA DE ENTRADA: 15 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP N° 900233005292664

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3,5 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

mirisco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13632

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** murisco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292664,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 06/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Vagner de Godois Caldato

RG: _____ CPF: 099.728.709-20

Tel. Cel.: (46) 99135-9787

Endereço: Rogerio da Chaves 1137, Fraron

Nome do animal: Bruna Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade: 11 meses Sexo: M ( ) F (X) Peso: 22,00

Vagner de Godois Caldato.

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 13/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: VAGNER DE GODOIS CALDATO

Endereço: RUA ROGEIRO DA CHAVES 1037 FRARON

DATA DE ENTRADA: 13/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 35 min

DATA DE SAÍDA: 13/09/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233000529 3156

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,200 kg Idade aprox: 11 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Frajola

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Vagner de Godois Caldato
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Vagner Caldato

Nome do animal: Luna

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e Branca.

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 93 156,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 20/08/25 HORA DE ENTRADA: 12 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 29/08/25 HORA DE SAÍDA: 10 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 52 9 3378

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 4,8 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco e Cinza

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13752 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 4,8kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 20 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur Zautyk

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prof Paulo Bronca

Nome do animal: Mingau

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Bronca/Cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293378

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link:
https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 22 / 08 / 2025.

Arthur V. Sbaraini Leitzke
Médico Veterinário
CRMV-PR 15.161

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: SEM NOME
Responsável pelo animal: NEURA LOTTI (46) 98805-0331
NILSON CHAVES (46) 98816-0870 - TROUXE E VIRÁ BUSCA-LA, VIZINHO DELA , ENDEREÇO DELE RUA: PISCINIO RODRIGUES, N 1349 , BAIRRO PINHEIRINHO PATO BRANCO – PR
DATA DE ENTRADA: 29/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 16 min
DATA DE SAÍDA: 29/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293256

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 3,900kg Idade aprox: 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NEURA LOTTI (46) 98805-0331
NILSON CHAVES (46) 98816-0870 - TROUXE E VIRÁ BUSCA-LA, VIZINHO DELA , ENDEREÇO DELE RUA: PISCINIO RODRIGUES, N 1349 , BAIRRO PINHEIRINHO PATO BRANCO – PR

Nome do animal: SEM NOME Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 4 anos

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,900kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 29/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Neura Loatti

Nome do animal: Errante 13836

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 32 56,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LOKE
Responsável pelo animal: NILSE APARECIDA ZAN (46) 98836-2880
- RUA SABINA DE BARBA, N 96 - BAIRRO FRARON - PATO BRANCO PR
DATA DE ENTRADA: 29/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 34 min
DATA DE SAÍDA: 29/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292247

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____
Peso: 7,800kg Idade aprox: 6 ons Raça: Poodle
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Nilse Aparecida Zan
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NILSE APARECIDA ZAN (46) 98836-2880
RUA SABINA DE BARBA, N 96 - BAIRRO FRARON - PATO BRANCO PR
Nome do animal: LOKE Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Poodle
Idade: 6 anos

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 7,800kg

Nilse A. Zan

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 29/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Nilse Ap. Zan

Nome do animal: Loki

Espécie: can **Raça:** Poodle

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Bege

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292247,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: GAMORA
Responsável pelo animal: ANGELITA SAVICKI (46) 99106-8421 - CPF: 08119649-60 - RUA JOSE VALTER KEMPER, N 52 , BAIRRO BELA VISTA - PATO BRANCO-PR
DATA DE ENTRADA:29/08/2025 HORA DE ENTRADA: 07 hrs 34 min
DATA DE SAÍDA: 29 / 08 /25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 529 39 92

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte peq./médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 9,800kg Idade aprox: 9 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preta e branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ANGELITA SAVICKI (46) 99106-8421 - CPF: 08119649-60
RUA JOSE VALTER KEMPER, N 52 , BAIRRO BELA VISTA - PATO BRANCO-PRNome do animal: GAMORA Epécie: Canina (✓) Felina ( ) Raça:
Idade: 9 meses

Sexo: M ( ) F (✓) Peso: 9,800kg

Angelita Savicki

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 29/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Angelita Sovicki

Nome do animal: Gomora

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293992,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: ANDROMEDA
Responsável pelo animal: ANGELITA SAVICKI (46) 99106-8421 - CPF: 08119649-60 - RUA JOSE VALTER KEMPER, N 52 , BAIRRO BELA VISTA - PATO BRANCO-PR
DATA DE ENTRADA: 29/08/2025 HORA DE ENTRADA: 07 hrs 42 min
DATA DE SAÍDA: 29/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293949

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte: medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte: _____

Peso: 13 kg Idade aprox: 8 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela de 10kg - 20kg
Chipagem

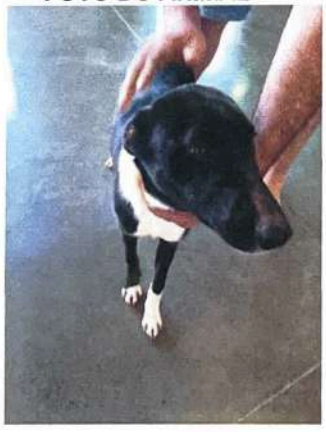
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Angelita Savicki
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ANGELITA SAVICKI (46) 99106-8421 - CPF: 08119649-60
RUA JOSE VALTER KEMPER, N 52 , BAIRRO BELA VISTA - PATO BRANCO-PRNome do animal: ANDROMEDA Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD
Idade: 8 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 13 Kg

Angelita Savicki

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 29/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Angelita Sovicki

Nome do animal: Andromeda

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 3949,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 11/08/25 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 49 min

DATA DE SAÍDA: 15/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292086

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 4,3 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato
Chipagem.

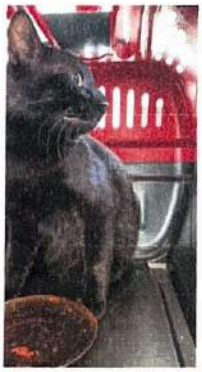
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Negão Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 3anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 9,3kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 11/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Paula Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Negão

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 292 086,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 08 / 2025.

Paula B Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 23/07/25 HORA DE ENTRADA: 17 hrs 22 min

DATA DE SAÍDA: 24 / 08 /25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 52 93417

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,8 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Siamês

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Cronte 13503/mimo Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: +3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 28 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 21 /08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13503 / Mima

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 00 52 93 417,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: 12 hrs 10 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291595

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 2,4 kg Idade aprox: ± 9 m Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

marrom

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: mônica Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 9 m Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,4 Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Paula Bionchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Mônica

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Marron

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291595,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/08/2025.

Paula P Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: EDUARDO KELLER

Endereço: RUA SANTO AUSTINHO 200, SÃO ROQUE DO CHOPIM

DATA DE ENTRADA: 27/08/25 HORA DE ENTRADA: ___ hrs ___ min

DATA DE SAÍDA: 28/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290419

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte ___

Peso: 9 kg Idade aprox: ± 8 m Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

marron estopinha

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Eduardo Keller

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Eduardo Keller

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Menina Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±8 m Sexo: M ( ) F (X) Peso: 9kg

Eduardo Keller

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 28 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Eduardo Keller

Nome do animal: Menina

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** marron

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233005290419,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 28 / 08 / 2025

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: PINGO
Responsável pelo animal JOSCELINA GONÇALVEZ CPF: 06991791903 - FONE: (46) 98421-2507 FABIO TROUXE E VIRÁ BUSCAR (46) 99128-1765 - RUA ALBINA ROTILE, 173 - BAIRRO ALVORADA BRANCO-PR
DATA DE ENTRADA: 28/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 04 min
DATA DE SAÍDA: 28/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 293 220

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte _____

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 15,500 kg Idade aprox: 8 mes Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branco e marrom

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castracao cão de 10Kg - 20Kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: JOSCELINA GONÇALVEZ CPF: 06991791903 - FONE: (46) 98421-2507 FABIO TROUXE E VIRÁ BUSCAR (46) 99128-1765 - RUA ALBINA ROTILE, 173 - BAIRRO ALVORADA

Nome do animal: PINGO Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 8 meses

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 15,500kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 28/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Joelina Gonçalves

Nome do animal: Pingo

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Marrom e branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 29 32 20,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 28 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário BOLSON LTDA
FANTASIA: HOSPITAL VETERINÁRIO ARCANJO
CNPJ: 42.240.430/0001-42
Endereço: Avenida Tupi, 3609

Bairro: Baixada - Pato Branco - CEP: 85505-143

Tel.: (46) 3225-7147 WPP (46) 98801-5008

Email: arcanjohvfinanceiro@gmail.com

RELATÓRIO CASTRAÇÃO - AGOSTO 2025

Lote	Item		Und	Descrição	Unitário	Valor Total
LOTE I - CASTRAÇÃO E CHIPAGEM CÃO E GATO MACHO						
01	1	6	sv	Orquiectomia - Castração de cão de 0 até 10 kg	R$ 300,00	R$ 1.800,00
01	2	10	sv	Orquiectomia - Castração de cão de 10,1 a 20kg	R$ 340,00	R$ 3.400,00
01	3	1	sv	Orquiectomia - Castração de cão acima de 20,1 kg	R$ 350,00	R$ 350,00
01	4	9	sv	Orquiectomia - Castração de gato	R$ 250,00	R$ 2.250,00
01	5	1	sv	Orquiectomia - criptorquida inguinal de cão até 10kg	R$ 330,00	R$ 330,00
01	6	0	sv	Orquiectomia - criptorquida inguinal de cão de 10,1 a 20kg	R$ 369,00	R$ 0,00
01	7	0	sv	Orquiectomia - criptorquida inguinal de cão acima de 20,1kg	R$ 400,00	R$ 0,00
01	8	27	sv	Chipagem	R$ 34,00	R$ 918,00
SUBTOTAL LOTE 01						R$ 9.048,00
LOTE II - CASTRAÇÃO E CHIPAGEM CÃO E GATO FÊMEA						
02	1	22	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de cadela 0 até 10 kg	R$ 320,00	R$ 7.040,00
02	2	17	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de cadela de 10,1 a 20kg	R$ 340,00	R$ 5.780,00
02	3	4	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de cadela acima de 20 kg	R$ 369,00	R$ 1.476,00
02	4	12	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de gata	R$ 300,00	R$ 3.600,00
02	5	62	sv	Chipagem	R$ 34,00	R$ 2.108,00
SUBTOTAL LOTE 02						R$ 20.004,00
VALOR TOTAL						R$ 29.052,00

gov.br Documento assinado digitalmente
ROBERTA CAROLINE ORNES BOLSON
Data: 03/09/2025 17:13:41-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13606 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 4 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 11,9Kg

_____ TUTOR

_____ MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01 / 08 /25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 08 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292934

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 11,9 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13606

Espécie: CÃO **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 292 934,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: EDINEI SAMPAIO SERAFIM FLORÃO - FONE (46) 99912-6936 LAURA SERAFIM FLORÃO TROUXE É FILHA DELA - RUA: SANTA FE, N 90 BAIRRO INDUSTRIAL - PATO BRANCO-PR Nome do animal: Bagoda Epécie: Canina ( ) Felina (X)
Raça: SRD
Idade: 8 meses

Sexo: M ( ) F ( ) Peso:

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 13/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: RAJADA

Responsável pelo animal: EDINEI SAMPAIO SERAFIM FLORÃO - FONE (46) 99912-6936 LAURA SERAFIM FLORÃO TROUXE É FILHA DELA - RUA: SANTA FE, N 90 BAIRRO INDUSTRIAL - PATO BRANCO-PR PRENTRADA:13/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 51 min

DATA DE SAÍDA: 13/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293568

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,900 Idade aprox: 8 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branca e cinza

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castracão gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Laura Serafim Florão

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Edinei Flores

Nome do animal: Rosela

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca e cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 293 568,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: RAVENA

Responsável pelo animal: EDINEI SAMPAIO SERAFIM FLORÃO - FONE (46) 99912-6936 LAURA SERAFIM FLORÃO TROUXE É FILHA DELA - RUA: SANTA FE, N 90 BAIRRO INDUSTRIAL - PATO BRANCO-PR PRENTRADA:13/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 13/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290776

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,600kg Idade aprox: 8 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): cinza e branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal
Laura Serafim Florão

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: EDINEI SAMPAIO SERAFIM FLORÃO - FONE (46) 99912-6936 LAURA SERAFIM FLORÃO TROUXE É FILHA DELA - RUA: SANTA FE, N 90 BAIRRO INDUSTRIAL - PATO BRANCO-PR Nome do animal: Raena Epécie: Canina ( ) Felina (X)
Raça: SRD
Idade: 8 mes

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,600

TUTOR
Laura Serafim Florão

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 13/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchim Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Edinei Florão

Nome do animal: Ravena

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** cinza e prata

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900230005290776,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13 / 08 / 2025.

Talita Bianchim Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: PRETINHA

Responsável pelo animal: NADALETE COLLI - CPF: 706549809-34 - FONE (46)99919-2858

RUA LUPICINIO RODRIGUES, 1101 BAIRRO PINHEIRINHO - PATO BRANCO

PRENTRADA:13/08/2025 HORA DE ENTRADA: 07 hrs 55 min

DATA DE SAÍDA: 13/08/25 HORA DE SAÍDA: ___ hrs ___ min

MICROCHIP Nº 900 23300 5292 299

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 3,500kg Idade aprox: 2 anos e 5 mes Raça: Pinscher

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preta e caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castracao cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Nadalete Colli

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Nadalete Colli

Nome do animal: Pretinha

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292299,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13/02/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NADALETE COLLI - CPF: 706549809-34 - FONE (46)99919-2858
RUA: - RUA LUPICINIO RODRIGUES, 1101 BAIRRO PINHEIRINHO - PATO BRANCO PR
Nome do animal: Pietra Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Pinscher
Idade: 2 anos e 5 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,500kg

Nadalete Colli

TUTOR

Paula Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 13/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 1360 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 4 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 11,4 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 37 min

DATA DE SAÍDA: 08/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290933

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte: medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte: _____

Peso: 11,4 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E



Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13605

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290933,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13607 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 1 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 6,4kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 16 hrs 06 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 292 132

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 6,4 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo e preto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13607

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo e preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292132,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13598 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Pitbull Idade: ± 3 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 15,2 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 12 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 08/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 26 53

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 15,2 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco e Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13598

Espécie: CAN **Raça:** Pitbull

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco e Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 292 653,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço:

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 08/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 292 993

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 12 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Sgrante 13590 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±3anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 12 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Biancin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Esoronte 13590

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292993,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Talita Biancin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Municipio de Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 29/07/25 HORA DE ENTRADA: 20 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 13/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900233005293037

(x) Canino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 10,8 kg Idade aprox: 2A Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castracao cão de 10kg e 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Município de Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: C. 13572 Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça: SRD Idade: 2A Sexo: M (x) F ( ) Peso: 10,8 Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 29/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Brianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: E. 13572

Espécie: canina **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293037,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29/07/2025.

Talita Brianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 14/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 14/08/25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29603

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 19,2 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Granate 13704 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 19,1 kg

Laila Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 14 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13704

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900233005296 03,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco / Clarice

Endereço: Rua Nilson Batista dos Santos, 560 - Bairro Alto de Gloria

DATA DE ENTRADA: 14/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 14/08/25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 52 94086

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 10,2 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Creme

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Clarice

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99933 - 0120

Endereço: Gilson Batista dos Santos, 560 - alto da Gloria

Nome do animal: Lica Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 10,2

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 14/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco / Clarice

Nome do animal: Tica

Espécie: Canl **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** 10,2kg Creme

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 230 052 94 086,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link:
https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: CAMILA VARELLA DE LIMA - CPF:053387539-01 FONE (46)99114-6903 RUA DOM PEDRO I N 5066 - BAIRRO ALVORADA - ESPOSO TROUXE LEANDRO SANTOS DE OLIVEIRA - (46)99123-8688 - CHAMAR LEANDRO

Nome do animal: Bua Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 8 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,200kg

Leandro Santos de Oliveira

TUTOR

Talita B. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 14/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LUA

Responsável pelo animal: CAMILA VARELLA DE LIMA - CPF:053387539-01 FONE (46)99114-6903 RUA DOM PEDRO I N 5066 - BAIRRO ALVORADA - ESPOSO TROUXE LEANDRO SANTOS DE OLIVEIRA - (46)99123-8688 - CHAMAR LEANDRO

DATA DE ENTRADA:14/08/2025 HORA DE ENTRADA:08 hrs 04 min

DATA DE SAÍDA: 14/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 2200

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,200kg Idade aprox: 9 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

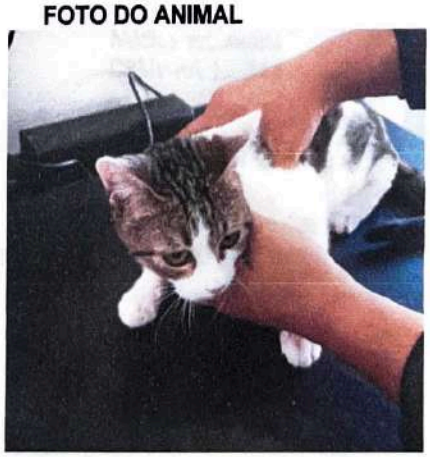
Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Leandro Santos de Oliveira

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Biorchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Camila de Leima

Nome do animal: Lua

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca e cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292200,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 08 / 2025.

Talita Biorchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Egoronta 13600 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 4 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 10,7kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 03/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/08/25 HORA DE ENTRADA: 12 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291946

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 10,7 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Bege

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem.

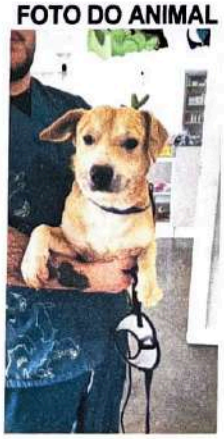
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Guarante 13600

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Bege

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291946,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13579 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 4 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 5,4 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 30/07/25 HORA DE ENTRADA: 21 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 36 min

MICROCHIP Nº 900233005293835

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 5,4 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

cinza e preto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia – Castração gato
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Valita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Esmeralda 13579

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Cinza e preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº** 900233005293835,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 08 / 2025.

Valita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13703 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 14,6kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 14/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 14/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 14/08/25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 0592

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 14,6 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13703

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo:(X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290592,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: ___hrs___min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233000529325

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 3,1 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

tricolor

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 1360 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,1kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13640

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** tricolor

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292325,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Natalia de Oliveira Rodrigues

RG: _____ CPF: 445.000.448-50

Tel. Cel.: (46)99904-0695

Endereço: Lupicinio Rodrigues 750, Pinheirinho

Nome do animal: Preto Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade: 1 ano Sexo: M (X) F ( ) Peso: 4,300

Tutor Rocha

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21 / 08 / 2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Natalia de Oliveira Rodrigues

Endereço: Leopoldino Rodrigues 750 Pinheirinho

DATA DE ENTRADA: 12 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 56 min

DATA DE SAÍDA: 12/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291759

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

Peso: 4,100 kg Idade aprox: 1 ano Raça: S. R. D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Taita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Natália Rodrigues

Nome do animal: Preto

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291759,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 12/08/2025.

Taita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: CELSO BALAN
FONE(46) 99127-6617 (OBS: VANESSA PREFEITURA TROUXE

Nome do animal: Sem nome Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: ~~SRD~~ Siam
Idade:

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,300kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 06/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: SEM NOME
Responsável pelo animal: CELSO BALAN
Obs: Vanessa – Prefeitura trouxe
FONE: (46) 99127-6617
ENTRADA: 06/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 35 min
DATA DE SAÍDA: 06/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291167

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____
(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 3,300kg Idade aprox: 3 anos Raça: Siamês

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia – castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Cronte 13629

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291167,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 06 / 08 / 2025

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ADRIANE CORREA DE ALMEIDA - (46)99923-3130 - ESPOSO JULIO TROUXE FONE (46) 99922-5870 - RUA: DOS PELICANOS, 349, PLANALTO - PATO BRANCO-PR ELE VIRÁ BUSCAR.

Nome do animal: Locau Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Pinscher

Idade: 1 ano e 5 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso:

Julio Lera

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 12/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: CACAU

Responsável pelo animal: ADRIANE CORREA DE ALMEIDA - (46)99923-3130 ESPOSO JULIO TROUXE FONE (46) 99922-5870 - RUA: DOS PELICANOS, 349, PLANALTO - PATO BRANCO-PR ELE VIRÁ BUSCAR

ENTRADA: 12/08/2025 HORA DE ENTRADA: ____hrs____min

DATA DE SAÍDA: 12/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293207

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: Idade aprox: 1 ano 5 mes Raça: Pinscher

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Creme

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Julio Troux

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Adriana de Almeida

Nome do animal: Cacau

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Creme

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 93 207,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 12 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Suely Raimundo

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 06/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 23 min

DATA DE SAÍDA: 06/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292137

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 7,900 kg Idade aprox: 3 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Bege curtinho

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Suli Ravanelo

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (42) 99012536

Endereço:_____

Nome do animal: mel Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 7,900

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 06/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Sueli Ravanelo

Nome do animal: Mel

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Bege

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292137,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 06/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: AMANDA ZUCCO RACHVAL - CPF: 108511029-05 FONE: (46)99130-1402 RUA: FRANCISCO BROCHADO DA ROCHA, 720 BAIRRO INDUSTRIAL - PATO BRANCO - PR

Nome do animal: Juca Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 4 anos

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 9,800kg

Amanda Zucco

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 12/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: JUCA

Responsável pelo animal: AMANDA ZUCCO RACHVAL - CPF: 108511029-05 FONE: (46)99130-1402 RUA: FRANCISCO BROCHADO DA ROCHA, 720 BAIRRO INDUSTRIAL - PATO BRANCO – PR

ENTRADA: 12/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 38 min

DATA DE SAÍDA: 12/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291817

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 9,900kg Idade aprox: 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preto, marron e branco

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E



Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Amanda Rachval

Nome do animal: Juca

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto, marron e branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291817,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 12/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Cyrente 13661 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 8,1 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 11/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 10/08/25 HORA DE ENTRADA: 19 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 12/08/25 HORA DE SAÍDA: 06 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 52 91 308

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 8,1 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta

Outras características relevantes: _____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Tatita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13661

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 291 308,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 18 / 08 / 2025.

Tatita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Igor Henrique de Lima

RG: _____ CPF: 071.523.069-74

Tel. Cel.: (41) 98495-7044

Endereço: Rosina Ortolan 210, Fraron

Nome do animal: Dolby Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,600

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 12 / 08 / 2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Igor Henrique de Lima

Endereço: R. Irma Otilia Jo. Franco

DATA DE ENTRADA: 12/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 24 min

DATA DE SAÍDA: 12/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290497

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 3,600 kg Idade aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Igor de Lima

Nome do animal: Dolby

Espécie: Cão **Raça:** poodle

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290497,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 12/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco / Laura

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Frida Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça:_____ Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 7,6kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 07/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 52 92 387

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 7,6 kg Idade aprox: ± 6 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta e Branca

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg
chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Frida

Espécie: CÃO **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preta e Branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292387,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 1364L Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 5 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,4 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 25 min

DATA DE SAÍDA: 07/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291123

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5.4 kg Idade aprox: ± 5 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca peluda

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração Cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13641

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291123,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Negona Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 8,7 kg

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco / Gabriel

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 07/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900233005290421

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 8,7 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta e caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Negona

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290421,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Nina Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 4 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 10,4kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 07/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290230

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno/médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 10,4 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Nina

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233005290230,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: ROMEU

Responsável pelo animal: CLAUDIO ROBERTO DALMAZO FONE: (46)99940-3223 FABIO GENRO DELE TROUXE (46) 99940-3223 ELE VIRÁ BUSCAR - ENDEREÇO RUA ROMANO RADAELI, N 70 - BAIRRO CRISTO REI- PATO BRANCO

ENTRADA: 11/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 13 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290857

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3,300kg Idade aprox: 3 a 5 Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): branco e preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia – Castração gato
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: CLAUDIO ROBERTO DALMAZO FONE: (46)99940-3223
FABIO GENRO DELE TROUXE (46) 99940-3223 ELE VIRÁ BUSCAR - ENDEREÇO RUA ROMANO RADAELI, N 70 - BAIRRO CRISTO REI- PATO BRANCO

Nome do animal: Romeu Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 3 anos

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,300 kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 11/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Claudio Dalmazo

Nome do animal: Romeu

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco e preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290857,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 03 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Maria Ioana da Silva Pom

RG: _____ CPF: 145.616.839-84

Tel. Cel.: (49) 99162-3374

Endereço: Pedro Ramires de Mello 636 Centro

Nome do animal: Mei Mei Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade: 11 meses Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,00

Maria

Paula R. Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 08/05/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Maria Laura da Silva Pom

Endereço: Pedro Ramires de Mello 636, Centro

DATA DE ENTRADA: 11/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 21 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005614934

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 3,00 kg Idade aprox: 11 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Mesclada curto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Maria Pons

Nome do animal: mei mei

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** malhada preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 56 14 934,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NEUSA APARECIDA DA SILVA ALVES CPF: 007761079-25 ABILIO CORREA CPF:13460040807 FONE: (46)99905-2590 E (46)3224- NÃO TEM WHATS LIGAR - RUA TAMANDARÉ N43 - BAIRRO CRISTO REI PATO BRANCO-PR

Nome do animal: Luna Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 1ano 2 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,600kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 11/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LUNA

Responsável pelo animal: ABILIO CORREA CPF:13460040807 FONE: (46)99905-2590 E (46)3224-2410 NÃO TEM WHATS LIGAR - RUA TAMANDARÉ N43 - BAIRRO CRISTO REIS - PATO BRANCO-PRENTRADA:11/08/2025 HORA DE ENTRADA: 07 hrs 48 min

DATA DE SAÍDA: 11 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292094

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno.

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,600kg Idade aprox: 1 ano 2 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): caramelo e branco

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Abílio Correa

Nome do animal: Luna

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292094,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

FATURA DE SERVIÇOS E PRODUTOS

Resumo

Numero Ficha 013381

Abertura	Fechamento
Data / Hora : 11/08/2025 08:11	Data / Hora :
Responsável : Marcia	Responsável :

DADOS DO CLIENTE

Proprietário : MUNICIPIO DE PATO BRANCO — CPF / CNPJ : 76.995.448/0001-54

Animal : AMORA - CLAUDIO ROBERTO D Espécie : Canino Raça : SHIH TZU Porte : M - 5,1 - 12 k

Endereço : RUA CARAMURU, 271
Bairro : CENTRO
Cidade / UF : PATO BRANCO / PR
Cep : 85501060

Telefone 1 : ()
Telefone 2 : ()
Fax : (046) 32201574

SERVIÇOS	Responsável	Quant.	Preço Unit.	Desc. Plano	Tota
PB LTII 5 - Chipagem - Femea	TALITA	1,00	34,00	0,00	34,00
PB LTVIII 32-OSH de Emergência (piomet) até10kg	TALITA	1,00	500,00	0,00	500,00
Avaliação Cirurgica	TALITA	1,00	0,00	0,00	0,00

SUBTOTAL 534,00

TOTAL SERVIÇOS/PRODUTOS 534,00

TOTAL A PAGAR R$ 34,00 534,00

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: CLAUDIO ROBERTO DALMAZO FONE: (46)99940-3223
FABIO GENRO DELE TROUXE (46) 99940-3223 ELE VIRÁ BUSCAR - ENDEREÇO RUA ROMANO RADAELI, N 70 - BAIRRO CRISTO REI- PATO BRANCO

Nome do animal: Amora Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Shiatzu

Idade: 1 ano e 2 mes

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,200kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 11/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: AMORA

Responsável pelo animal: CLAUDIO ROBERTO DALMAZO FONE: (46)99940-3223 FABIO GENRO DELE TROUXE (46) 99940-3223 ELE VIRÁ BUSCAR - ENDEREÇO RUA ROMANO RADAELI, N 70 - BAIRRO CRISTO REI- PATO BRANCO

ENTRADA: 11/08/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 11 min

DATA DE SAÍDA: 11/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291031

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,200kg Idade aprox: 1 ano e 2 Meses Raça: Shih tzu

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Preta e branca

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Claudio Roberto Dalmazo

Nome do animal: Amora

Espécie: Cão **Raça:** Shitzu

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** branca e preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 29 300 52 91 031,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Silvana Angelica Sari - ONG É O BICHO

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 09/08/25 HORA DE ENTRADA: 19hrs 00min

DATA DE SAÍDA: 14/08/25 HORA DE SAÍDA: 16hrs 00min

MICROCHIP Nº 900233005290672

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 4,1 kg Idade aprox: ± 3anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - felino
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Silvana Angelaca Sovi - ONG É O BICHO

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Sombra Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 3anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 4,1kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 09/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Taita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13658

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290672,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 08 / 2025.

Taita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 21 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 12 min

DATA DE SAÍDA: 28 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 10 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900233005293225

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 9,6 kg Idade aprox: ± 9 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

marrom

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg
Chipagem

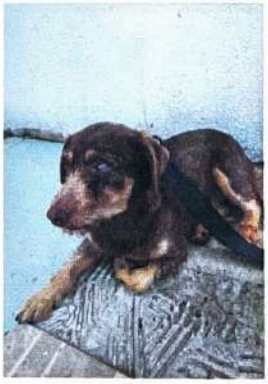
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Esmeralda 13765 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 9 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 9,6kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur Leitzke

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Município de Pato Branco

Nome do animal: Tunica

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Marrom

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293225

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 22/08/2025.

Arthur V. Sbaraini Leitzke
Médico Veterinário
CRMV-PR 15.161

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO VETERINÁRIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 20/08/25 HORA DE ENTRADA: 16 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 27/08/25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291271

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 3,8 kg Idade aprox: ± 5 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

mesclada

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem.

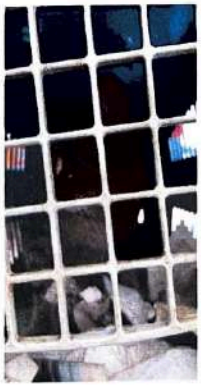
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13756 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 5 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,8 Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 20/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laita Bionchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13756

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Murisca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291271,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 20 / 08 / 2025.

Laita Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 15/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 50 min

DATA DE SAÍDA: 22/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292880

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 16,7 kg Idade aprox: + 6 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Bege

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Esmeralda 13710 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 6 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 16,7 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 15/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laila Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13710

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Bege

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292880,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 15 / 08 / 2025.

Laila Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 15/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 50 min

DATA DE SAÍDA: 22/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292499

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 18,1 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta e branca

Outras características relevantes: _____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela de 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13709 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 4 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 18,1 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 15/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Eroante 13709

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292499,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 15 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Beticia Silva

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 27/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 27/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005294289

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 3,8 kg Idade aprox: + 9 m Raça: Lolasa Apso

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca e preta

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela até 30kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Beticia V. Silva

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Letícia Silva

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Preciosa Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Shih Tzu Idade: ± 9m Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,8 kg

Letícia V. Silva.

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 27/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Lolica Silva

Nome do animal: Preciosa

Espécie: Cão **Raça:** Lhasa Apso

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca e preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233005294289,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 27 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: MEL
Responsável pelo animal ELEANDRA GUAREZE FABIAN (46) 99107- 1205
ANGELO PALOSKI (46) 99901-0632 TROUXE E VEM BUSCAR - LINHA SÃO CAETANO - ZONA RURAL - PATO BRANCO-PRDATA DE ENTRADA:27/08/2025 HORA DE ENTRADA:09 hrs42 min
DATA DE SAÍDA:27/08/25 HORA DE SAÍDA:18 hrs00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 529 2841

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____
(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno
Peso: 3,500kg Idade aprox: 1 ano e 8 mes Raça: SRD
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branca

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

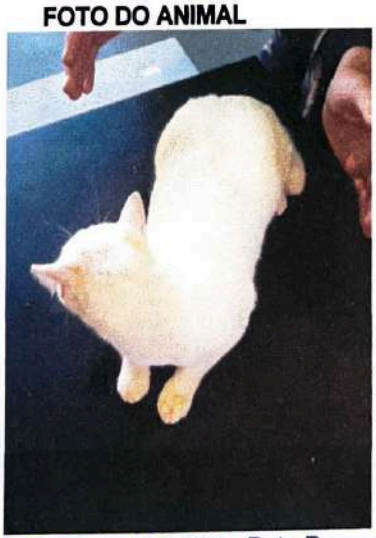
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

. (ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ELEANDRA GUAREZE FABIAN (46) 99107- 1205
ANGELO PALOSKI (46) 99901-0632 TROUXE E VEM BUSCAR - LINHA SÃO CAETANO - ZONA RURAL - PATO BRANCO-PR

Nome do animal: MEL Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 1 ano e 8 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,500 kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 27/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZEN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur Leitzke

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Eleandro Cavarez

Nome do animal: Mel

Espécie: Gat **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**
900233005292841

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link:
https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 27 / 08 / 2025.

Arthur V. Sbaraini Leitzke
Médico Veterinário
CRMV-PR 15.161

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Dirlei Maciel

Endereço: Kilson Batista 9. Vila São Pedro

DATA DE ENTRADA: 27/08/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 44 min

DATA DE SAÍDA: 27/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293444

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 2,500 kg Idade aprox: ±2 anos Raça: PINSCHER

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Pelo curto.

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia – Castração Cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Dilli Maciel

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 9 9985-9344

Endereço: Wilson Batista 9, Vila São Pedro

Nome do animal: Mel Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: PINSCHER Idade: ±2anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,500

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 27 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Dilei Maciel

Nome do animal: Mel

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Acinzentada

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293444,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 27/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Marisa Gross 2

Endereço: Única Veríssimo 200, São Cristóvão

DATA DE ENTRADA: 27/08/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 27/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 529 0760

(x) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequena

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 4,300 kg Idade aprox: 1 Jano Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta com Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Marisa

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Marisa Gross

RG: _____ CPF: 054.367.276-09

Tel. Cel.: (46) 99107-2760

Endereço: Brasil Verissimo 200, Sadia Cristonave

Nome do animal: Belinha Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: ± 1 ano Sexo: M ( ) F (x) Peso: 4,300

Marisa

TUTOR

Paula P. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 27/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Marisa Gross

Nome do animal: Belinha

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preta e branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290760,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 27/ 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MAITE DE SOUZA FERRAZ (46) 99904-7573 - RUA VINCE E UM DE ABRIL, N 773 - BAIRRO ALVORADA - PATO BRANCO - PR : OBS: DRA. NAYARA FOI BUSCAR, FARA O POS NO HOSPITAL LEVAR ELA APÓS 7 DIAS

Nome do animal: Sem nome Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 3 anos

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 11,800kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 19/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: SEM NOME
Responsável pelo animal: MAITE DE SOUZA FERRAZ (46) 99904-7573
RUA VINCE E UM DE ABRIL, N 773 - BAIRRO ALVORADA - PATO BRANCO - PR : OBS: DRA. NAYARA FOI BUSCAR, FARA O POS NO HOSPITAL LEVAR ELA APÓS 7 DIAS.
DATA DE ENTRADA: 19/08/2025 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 44 min
DATA DE SAÍDA: 27/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 529 0492

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 11,800kg Idade aprox: 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preta e marron

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur Leitzke

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Município de Colo Brona

Nome do animal: E 13746

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preto / Marron

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290492

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 19/08/2025.

Arthur V. Sbaraini Leitzke
Médico Veterinário
CRMV-PR 15.161

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: BRANQUELA
Responsável pelo animal ELEANDRA GUAREZE FABIAN (46) 99107- 1205
ANGELO PALOSKI (46) 99901-0632 TROUXE E VEM BUSCAR - LINHA SÃO CAETANO - ZONA RURAL - PATO BRANCO-PRDATA DE ENTRADA:27/08/2025 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 40 min
DATA DE SAÍDA: 27/08/25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 529 1663

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 12,1 Kg Idade aprox: ± 6 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia – Castração Cadela de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ELEANDRA GUAREZE FABIAN (46) 99107- 1205
ANGELO PALOSKI (46) 99901-0632 TROUXE E VEM BUSCAR - LINHA SÃO CAETANO - ZONA RURAL - PATO BRANCO-PR

Nome do animal:BRANQUELA Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça:
Idade: 6 Anos

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 12,100 kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 27/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Eliandra Fabrin

Nome do animal: Branquila

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291663,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 27/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 10 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 19 hrs 25 min

DATA DE SAÍDA: 18 / 08 / 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292393

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 16,2 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela de 10kg - 20kg

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13562 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade:_____ Sexo: M ( ) F ( ) Peso: _____

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 11 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur Zanette

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prof Pato Branco

Nome do animal: Esronte 13662

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292393

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 08 / 2025.

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: SCOOBY
Responsável pelo animal: HELAINE RAQUEL CHINARELLI - CPF:257981828-60 - FONE:(46) 99106-6998
RUA AVENIDA BRASIL, 829 CENTRO - PATO BRANCO - PR - HARON TROUXE
DATA DE ENTRADA:26/08/2025 HORA DE ENTRADA:09 hrs 02 min
DATA DE SAÍDA: 26/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292401

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte_____
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

Peso: 5,400kg Idade aprox: 1ano e 7 m. Raça: Shitzu

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia
Microchip

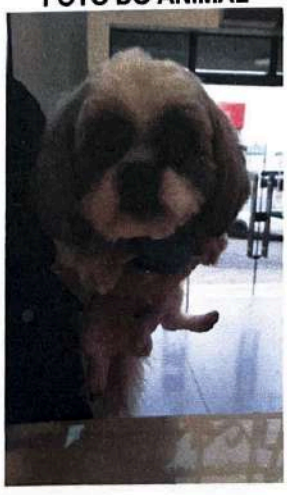
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Haron C. Soranio
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: HELAINE RAQUEL CHINARELLI - CPF:257981828-60 - FONE:(46) 99106-6998
RUA AVENIDA BRASIL, 829 CENTRO - PATO BRANCO - PR - HARON TROUXE
Nome do animal: Scooby Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Shihtzu
Idade: 1 ano e 7 meses

Sexo: M (X) F ( ) Peso:

Haron C. Bernardi

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 26/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur V. S Leitzke

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Helaine Raquel Chinarelli

Nome do animal: Scooby

Espécie: Canina **Raça:** Shih Tzu

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco/Cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005299401

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 26/08/2025.

Arthur V. Sbaraini Leitzke
Médico Veterinário
CRMV-PR 15.161

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Bruna Aparecida Batista Rosa Varella

RG:_____ CPF: 085.233.179-80

Tel. Cel.: (46) 99103-8503

Endereço: Rua da República 699, São Cristovão

Nome do animal: Brisa Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça:_____ Idade: ± 3 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 22,200

Bruna Varella

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 22/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Bruna Aparecida Batista Rosa Varella

Endereço: Rua da Republica 699. São Cristovão

DATA DE ENTRADA: 22 / 08 / 25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 36 min

DATA DE SAÍDA: 22/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 25 97

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 22,200 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: _____

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela acima 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Bruna Varella

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Bruna Varella

Nome do animal: Brisa

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramela

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292597,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 22 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 13/08/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 20/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 52 9 3987

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,1 kg Idade aprox: ± 7 m Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal
(RESGATE PREFEITURA MUNICIPAL)

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13693 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 7M Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,1Kg

Joseilde da Rocha
TUTOR
(RESGATE PREFEITURA MUNICIPAL)

Paula P. Borges
MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 31/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13693

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 3987,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21/ 08/ 2025.

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Vagner de Godoi Caldato.

RG: 10.478.201-9 CPF: 099.728.729-20.

Tel. Cel.: (46) 99135-9787.

Endereço: Rua Rogério das Chaves, 1137, Fraron.

Nome do animal: Tufão Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: Mouriscо Idade: 11 meses Sexo: M (X) F ( ) Peso: 2,9Kg.

Vagner de Godoi Caldato

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 13 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: VAGNER DE GODOIS CALDATO

Endereço: RUA ROGEIRO DA CHAVES 1037 FRARON

DATA DE ENTRADA: 13/08/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 33 min

DATA DE SAÍDA: 13/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 5290 545

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,900 kg Idade aprox: 1 ano Raça: S. R. D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Mescla com Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Vagner de Godois Caldato.

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Vagner Caldato

Nome do animal: Tufão

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** murisco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 90 545,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13/08/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: FERRO VELHO TARTARI (BARRACAO)
RUA ITACOLOMI,N 1663 BAIRRO AMADORI - PATO BRANCO PR
Nome do animal: Baile Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Rit Bull
Idade:

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 26,700kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 13/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LAILA

Responsável pelo animal: FERRO VELHO TARTARI (BARRACAO) - RUA ITACOLOMI, BAIRRO AMADORI - PATO BRANCO PR

ENTRADA: 13/08/2025 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 31 min

DATA DE SAÍDA: 19/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291232 1

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 27,700kg Idade aprox: 2 anos Raça: Pitbull

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): marron

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia. - Castração cadela ac. 20kg
Chipagem

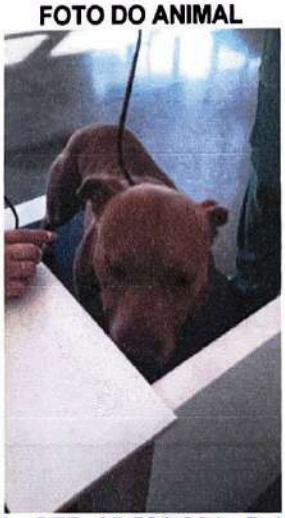
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laila Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13698

Espécie: CÃO **Raça:** Pitbull

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** marrom

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 23 21,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13/ 08 / 2025.

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: TIGRADO
Responsável pelo animal: FERRO VELHO TARTARI (BARRACAO) - RUA ITACOLOMI, BAIRRO AMADORI - PATO BRANCO PR
ENTRADA: 13/08/2025 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 23 min
DATA DE SAÍDA: 19/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290662

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Grande
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 32,200kg Idade aprox: 2 anos Raça: Fila

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Tigrado

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão ac. 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: FERRO VELHO TARTARI (BARRACAO)
RUA ITACOLOMI,N 1663 BAIRRO AMADORI - PATO BRANCO PR
Nome do animal: Kiprado Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: Fila
Idade: 2 anos

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 32,200kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 13/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laíta Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Ferro Velho Tartari

Nome do animal: Tigrado

Espécie: Can **Raça:** Fila

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tigrado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 90 662,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 13/ 08 / 2025.

Laíta B Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13477 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 5anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 11,3Kg

Paula Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 19/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco / Luana Leange

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 19/07/25 HORA DE ENTRADA: 11 hrs 01 min

DATA DE SAÍDA: 08/08/25 HORA DE SAÍDA: 15 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290616

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 11,3 kg Idade aprox: 1 5anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto e branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laila Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13477

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco e preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290616,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 19/07/2025.

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13706 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 1 ano Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 14/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bionchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13706

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005294090,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 08 / 2025.

Talita B Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI
FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 14/08/25 HORA DE ENTRADA: 22 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 18/08/25 HORA DE SAÍDA: 14 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900233005294090

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia – castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13642 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 1 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,1 kg

Jocielle da Rocha

TUTOR
(PREFEITURA RESGATE)

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 07/08/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 53 min

DATA DE SAÍDA: 23/08/25 HORA DE SAÍDA: 10 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 26 31

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2.1 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Cinza

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal
(PREFEITURA MUNICIPAL RESGATE)

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Paula Bionchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13642

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 631,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/08/2025.

Paula Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Nilson Antônio Severo

Endereço: Rua Francisco Rodrigues 665, Bruto Rei

DATA DE ENTRADA: 11/08/25 HORA DE ENTRADA: 19 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 20/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292890

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 3,2 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Cinza e branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Nilson Antônio Severo

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13677 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,2kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 11/ 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laita Bionchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Nelson Antônio Severo

Nome do animal: Errante 13677

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** cinza e bronca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 292 890,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 08 / 2025.

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MAYARA SANTOS DA ROSA - FONE(46)99110-9876
RUA HENRIQUE ANTONIO ARCARI, 179 - GRALHA AZUL - PATO BRANCO-PR DR. ALEC FOI BUSCA-LA
Nome do animal: ERRANTE – 13798
Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD
Idade: 1 ano e 2 mes

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 19 kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 25/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: ERRANTE - 13798
Responsável pelo animal: MAYARA SANTOS DA ROSA - FONE(46)99110-9876
RUA HENRIQUE ANTONIO ARCARI, 179 - GRALHA AZUL - PATO BRANCO-PR DR. ALEC FOI BUSCA-LA PATO BRANCO-PR
DATA DE ENTRADA:25/08/2025 HORA DE ENTRADA: 20 hrs 56 min
DATA DE SAÍDA: 26/08/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005294061

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte_____
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

Peso: 19,000kg Idade aprox: 1ano 2meses Raça: SRD
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): tigrado

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Mayara Santos da Rosa

Nome do animal: Errante 13798

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tricolor

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 406 1,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 26 / 08 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Isabela da Cruz Carvalho

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Cristal Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±4 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 15Kg

Adisa Sutton

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 25/08/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ISABELAA DA CRUZ CARVALHO

Endereço: SETEMBRINO TOMAZZI 520, SÃO JOÃO

DE ENTRADA: 05 /08 /25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 25/08/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 00 52 92 736

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 15 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Tafita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Isabela Carvalho

Nome do animal: Cristal

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292736,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 25/08/2025.

Tafita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Isabela das Cruz Carvalho

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Moly Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 15,6 kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 25 / 08 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ISABELAA DA CRUZ CARVALHO

Endereço: SETEMBRINO TOMAZZI 520, SÃO JOÃO

DE ENTRADA: 25 / 08/25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 25 / 08/ 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292453

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 15,6 kg Idade aprox: ± 3anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela de 10kg - 20kg
Chipagem.

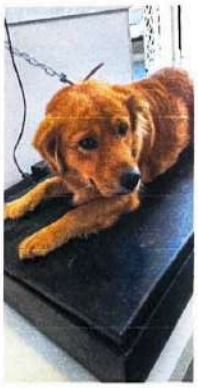
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Tafita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Isabela Carvalho

Nome do animal: Moly

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 00 529 24 53 ,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 25 / 08 / 2025.

Tafita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

CPF: 05300277983 RG:_____

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

DATA DE ENTRADA: 09/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

(X) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 2,800 kg. Idade Aprox: 5 anos Raça S.R.D

Características da Pelagem:

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - castração cão até 10kg	1
Chipagem	1

_____ _____

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Responsável pelo preenchimento da ficha

Coordenador do Projeto

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ROSALINA VIEIRA DE MELO
Rg: _____ CPF: 0530027798

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

Nome do animal: Gustavo Espécie: Canina (X) Felina ( ) Raça:

Idade: 5 ANOS

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 2,80 KG

Franciele de melo

TUTOR

Paulo P. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 09/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

DATA DE ENTRADA: 09/07/2025 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292943

(x) Canino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 28 kg Idade aprox: 5 Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Tanita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Rosalina Vieira de Melo

Nome do animal: Gustavo

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 943,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 09/07/2025.

Tanita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

CPF: 05300277983 RG:_____

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

DATA DE ENTRADA: 09/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAIDA: 13 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

(X) Felino ( ) Macho (X) Femea Porte Pequeno

Peso: 2,700 kg. Idade Aprox: 2 e 6 meses anos Raça SRD

Características da Pelagem:

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para Castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

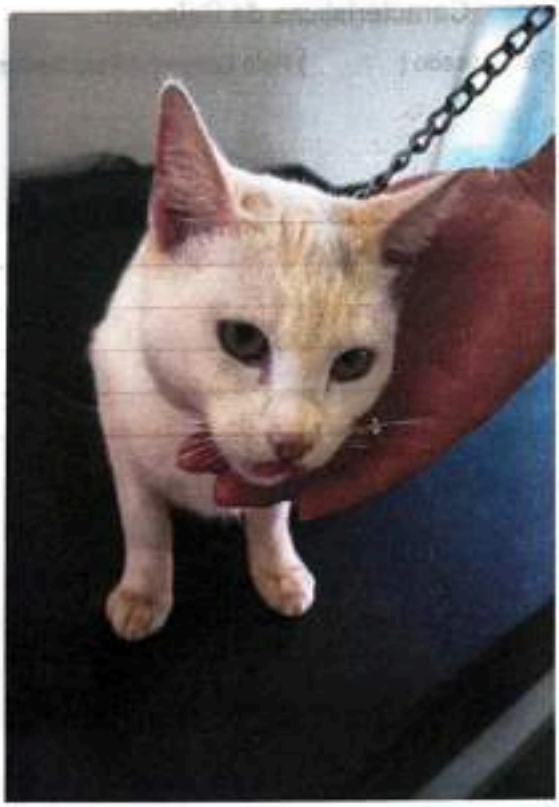
Responsável pelo preenchimento da ficha

Coordenador do Projeto

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

DATA DE ENTRADA: 09/07/2025 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 52 92749

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,7 kg Idade aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Duas manchas cinzas na cabeça

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ROSALINA VIEIRA DE MELO

Rg: _____ CPF: 0530027798

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

Nome do animal: Epécie: Canina ( ) Felina (x) Raça: S.R.D

Idade: 2 ANOS

Sexo: M ( ) F (x) Peso: 2,3 KG

Franciele melo

TUTOR

Laita R Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 09/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Rosalina Vieira de Melo

Nome do animal: Cristal

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233005292749,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 09/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

CPF: 05300277983 RG:_____

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

DATA DE ENTRADA: 09/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 01 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

(X) Felino ( ) Macho (X) Femea Porte _____

Peso: 2,800 kg. Idade Aprox: 4 anos Raça SRD

Características da Pelagem:

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

mime

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração gata	1
Chipagem	1

Rua Caramuru, 271 - Fone (46) 3220-1505 - 85501-060 - Pato Branco - Paraná

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Responsável pelo preenchimento da ficha

Coordenador do Projeto

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

DATA DE ENTRADA: 09/07/2025 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 01 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233 005 29 2309

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,8 kg Idade aprox: 4 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Roralina Vieira de melo

Nome do animal: Mima

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 309,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 09 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

mima

Proprietário: ROSALINA VIEIRA DE MELO

Rg: _____ CPF: 0530027798

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

Nome do animal: mima Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 4 ANOS

Sexo: M ( ) F (X) Peso: KG 2.800kg

Franciele de melo

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 09/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Ortenila da Silva Maciel

CPF: 00866832920 RG: _____

Endereço: João Bastistan 49. Vinoz

DATA DE ENTRADA: 08/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 15 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 7,600 kg. Idade Aprox: 1 ano 5 mes Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Preta

( ) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Ortenila da Silva Macul

RG: _____ CPF: 086683 2920

Tel. Cel.: (46) 9 8404 74 99

Endereço: Rua Bartolan 49, Vimeza

Nome do animal: Biba Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: Adulto Sexo: M ( ) F (x) Peso: 7,600

Ortenila da S Macul

TUTOR

Paulo B Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 08/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Otilia da Silva Maciel

Endereço: João Bastian 49, Terra

DATA DE ENTRADA: 08/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 15 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº _____

(x) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequena

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 7,600 kg Idade aprox: 1 ano 5 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10 kg

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Otilia da Silva Maciel

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Orkmila Macul

Nome do animal: Bula

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

933005291782,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 08 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Rieli Calbafero Gomes

CPF: 044 158 519 16 RG: _____

Endereço: Claudinei Alves Russeles 245

DATA DE ENTRADA: 01 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 03 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 4,500 kg. Idade Aprox: 4 meses Raça: S.R.D

Caracteristicas da Pelagem: Preto

( ) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso (X) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - Castração cão até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Rivli Tatiana Gomes

RG: _____ CPF: 044 158 519 16

Tel. Cel.: (46) 99904 0912

Endereço: Claudinei Elso Bordelano

Nome do animal: Rudolfo Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 4 meses Sexo: M (X) F ( ) Peso: 4500

Rivli T. Gomes

TUTOR

Paulo B. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Rute

Endereço: Claudino Celso Bustamante 245

DATA DE ENTRADA: 02/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 10 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300529402 7

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 4,500 kg Idade aprox: 4 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10Kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Arthur V. Sbardelotto Leitzke

CRMV-PR 15161

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): _____

Nome do animal: Rudolfo

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (x) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

933005994027,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21/07/2025.

Arthur V. Sbardelotto Leitzke
Médico Veterinário
CRMV-PR 15161

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: DELIS FROZZA

CPF: 7472229911 RG:_____

Endereço: COMUNIDADE BOM RETIRO BR 158

DATA DE ENTRADA: 02/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

(x) Felino ( ) Macho (x) Femea Porte Pequeno

Peso: 2,800 kg. Idade Aprox: 3 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Frajola

(x) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castracão e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - Castracão gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: DELIS FROZZA

Endereço: COMUNIDADE BOM RETIRO BR 158

DATA DE ENTRADA: 02/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52 91731

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequena

Peso: 2,800 kg Idade aprox: 8 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Frajola

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: DELIS FROZZA

RG:_____ CPF: 07472229911

Tel. Cel: 469200-1274

Endereço: COMUNIDADE BOM RETIRO BR 158

Nome do animal: Celina Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 8 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2.800

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 02/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Delis Frezza

Nome do animal: Celina

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Frajola

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529173L,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 02/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: OTÍLIA MARIA CAPOANI

CPF: _____ RG:6.680.084-9

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

DATA DE ENTRADA:02/07/25 HORA DE ENTRADA:08 hrs 19 min

DATA DE SAÍDA: 03/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

(X) Felino ( ) Macho (X) Femea Porte pequeno

Sonha

Peso: 2,800 kg. Idade Aprox: 6 MESES Raça SRD

Características da Pelagem: BRANCA, PRETA E LARANJA

( ) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo X) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Paciente veio para castração e chipagem.

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração gata	1
chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: OTÍLIA MARIA CAPOANI RG 6.680.084-9

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

DATA DE ENTRADA: 02/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 50 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 933005294153

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,800 kg Idade aprox: 6 MESES Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

PRETA

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata.
Chipado.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Tayrona Ellen Capoani
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: OTÍLIA MARIA CAPOANI RG 6.680.084-9

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

DATA DE ENTRADA: 02/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 15 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52,94 153

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,800 kg Idade aprox: 6 MESES Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

PRETA

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipado.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Tayrona Ellen Capoani
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MARLI CATARINA KUSS

Rg: 6.680.084-9 CPF:_____

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

Nome do animal: SOMBRA Epécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 06 MESES

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,800 KG

Taynara Ellen Lopparini

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 02/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Otília Maria Capoani

Nome do animal: Sombra

Espécie: Eqt **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Tordilha

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

93300 32 94153,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 02/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: DELIS FROZZA

CPF: 7472229911 RG:_____

Endereço: COMUNIDADE BOM RETIRO BR 158

DATA DE ENTRADA: 02/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

(x) Felino ( ) Macho (x) Femea Porte Pequena

Peso: 2900 kg. Idade Aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem: frajola

(x) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - Castração gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: DELIS FROZZA

Endereço: COMUNIDADE BOM RETIRO BR 158

DATA DE ENTRADA: 02/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52,92020

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequena

Peso: 2,900 kg Idade aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Frajola

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: DELIS FROZZA

RG:_____ CPF: 07472229911

Tel. Cel: 469200-1274

Endereço: COMUNIDADE BOM RETIRO BR 158

Nome do animal: Kali Espécie: Canina ( ) Felina (x)

Raça: S.R.D Idade: 10m 22 Sexo: M ( ) F (x) Peso: 2,900

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 02/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Paula Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Delis Frozza

Nome do animal: Kali

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Frajola

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529 2020,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 02/07/2025.

Paula Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: OTÍLIA MARIA CAPOANI

CPF: _____ RG:6.680.084-9

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

DATA DE ENTRADA:02/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 06 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte_____

(X) Felino (X) Macho ( ) Femea Porte Pequeno

Peso: 3,00 kg. Idade Aprox: 6 MESES Raça SRD

Características da Pelagem: BRANCA, PRETA E LARANJA

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Paciente veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - Castração gato	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: OTÍLIA MARIA CAPOANI RG 6.680.084-9

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

DATA DE ENTRADA: 02/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 06 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52, 94 100

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3,00 kg Idade aprox: 6 MESES Raça:SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Tainara Ellen Capoani
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MARLI CATARINA KUSS

Rg: 6.680.084-9 CPF:_____

Endereço: RUA MARCO PENSO, Nº 215 - BAIRRO VILA ESPERANÇA

FONE(46) 99138-6854 – TAINARA TROUXE (46) 99934-6405

Nome do animal: TIGRINHO TIGRE Epécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 06 MESES

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3 KILOS

Tayssa Ellen Lopsoni

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

02/07/25

Pato Branco

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Otília Maria Caponi

Nome do animal: Tigre

Espécie: Felino **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tigrado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23 300 52 94 100,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 02/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Prefeitura Pato Branco

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 24/06/25 HORA DE ENTRADA: 20 hrs 02 min

DATA DE SAÍDA: 07/07/25 HORA DE SAIDA: 16 hrs 00 min

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 5,2 kg. Idade Aprox: ± 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem: Branca peluda

( ) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado (X) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Paciente veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

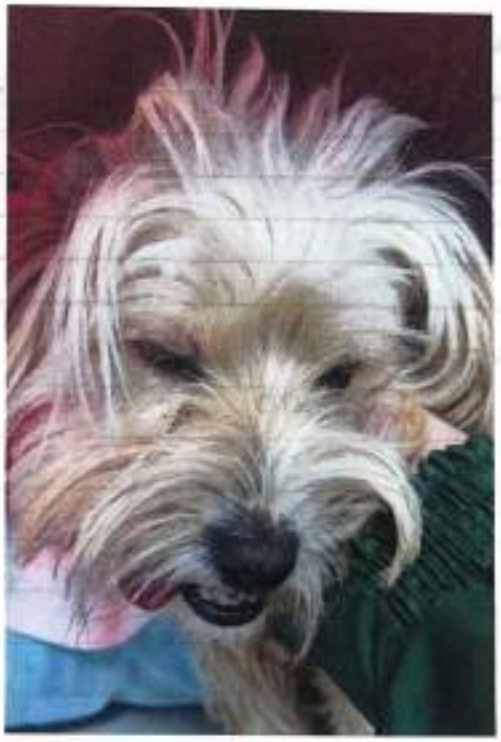
Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Manitve o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Joana Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±1 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,2Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 25/06/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 24/06/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 02 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº _____

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,2 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca peluda

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração de cadela até 10 kg

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Taita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Dana

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529361 3,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 25/06/2025.

Taita P Borges

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Jaca Cristina Fernandes Rizi
CPF: 840 113 939 00 RG:
Endereço: Antonio Ascari 444, Custe Rei

DATA DE ENTRADA: 08 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min
DATA DE SAÍDA: 08 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte
(x) Felino (x) Macho ( ) Femea Porte Pequeno

Peso: 3,300 kg. Idade Aprox: 1 ano Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Mistura
(x) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:
Orquiectomia - castracão gato
Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - castração gato	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Jeffa Cristina Fernandes Reis

Endereço: Antonio Assan 944, Custo Rei

DATA DE ENTRADA: 08/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº _____

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Pequeno

Peso: 3,700 kg Idade aprox: 1 ano Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Mesclado, pelo curto

Outras características relevantes:

Preta

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração macho gato
Chipagem

Paula P. Borges
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Adriel do Prado
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Ana Cristina Lewandowski

RG: _____ CPF: 940 113 459 00

Tel. Cel.: (46) 99107-3080

Endereço: Antonio Ascari 444, Cristo Rei

Nome do animal: Mimi Espécie: Canina ( ) Felina (x)

Raça: S.R.D Idade: 1 ano Sexo: M (x) F ( ) Peso: 3,700

Gabriela da Costa

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 08/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Joice Lewandowski

Nome do animal: Thimi

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Mulisco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300 8294 180,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 08/07/2025.

Tálita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Valéria Schuster

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 08/07/25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 47 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Macho ( ) Femea Porte pequeno

Peso: 2,8 kg. Idade Aprox: 8 m Raça: SRD

Características da Pelagem: Siamês

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castracao e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - Castracao gato	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

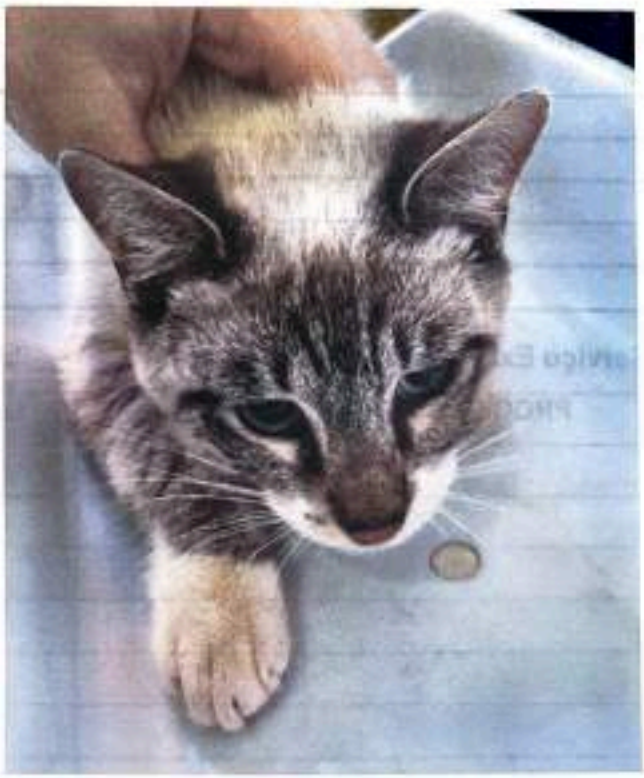
Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Valéria Schuster

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 08 / 07/25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 47 min

DATA DE SAÍDA: 08 / 07 25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 93300 52940 54

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 2,8 kg Idade aprox: 8 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Siamês

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Valéria

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Valéria Schuster

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Inácio Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 8 m Sexo: M (X) F ( ) Peso: 2,8Kg

Valéria

TUTOR

Talita P. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 08 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Valéria Schuster

Nome do animal: Inácio

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Siamês

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529405 4,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 08 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Valéria Schuster

CPF: _____ RG: _____

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 08 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 08 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Macho ( ) Femea Porte pequeno

Peso: 1,5 kg. Idade Aprox: ± 7 m Raça: SRD

Características da Pelagem: Mesclado

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE: ____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - Castração gato	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Valéria Schuster

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Henrico Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 7m Sexo: M (X) F ( ) Peso: 1,5Kg

Valéria

TUTOR

Paula B Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 08/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Valéria Schuster

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 08/07/25 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 50 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 933000529196 09

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 1,5 kg Idade aprox: 7m Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Mesclado

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato

chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Valéria Schuster

Nome do animal: Henrico

Espécie: Fel **Raça:** SR

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** mesclado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23 300 52 91 609,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 08 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Jandira

CPF: _____ RG: _____

Endereço: Estrada Pioneiro Caruso 1529 Linha Encruzilhada

DATA DE ENTRADA: 03/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 10/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 12,300 kg. Idade Aprox: ± 4 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Caramelo

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Resgatada, para Castracão e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castracão Cadela 10kg-20kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Jandira

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço: Estrada Ribeirão Canoas 1529, Linha Encruzilhada

Nome do animal: Mãe Caramelo Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça:_____Idade:_____Sexo: M ( ) F (x) Peso: 12,300

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 03/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Jardina

Endereço: Estrada Pioneira Caramo 1529 Linha Encruzilhada

DATA DE ENTRADA: 03/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: / / HORA DE SAÍDA: ___ hrs ___ min

MICROCHIP Nº 900 233005292439

(x) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte ___

Peso: 12,300 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela 10Kg - 20Kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Jandira

Nome do animal: Mãe Caramelo

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 292 439,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 04 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

CPF: 08455352930 RG:

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

DATA DE ENTRADA: 01 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 02 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 7,300 kg. Idade Aprox: 02 anos Raça: SRD

Caracteristicas da Pelagem: Branco com Caramelo

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Paciente vio para Castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - Castração cão até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

RG:_____ CPF: 08455352930

Tel. Cel.: (46) 98838-9446

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

Nome do animal: Bela Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Shitzu Idade: 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 7300

Maira Jaqueline de O. Duarte

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

DATA DE ENTRADA: 01/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 01/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52.92.707-

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 7,300 kg Idade aprox: 02 Anos Raça: SHIHTZU

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco e Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Maira Jaqueline de O. Duarte
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Maira Duarte

Nome do animal: Bola

Espécie: CAN **Raça:** Shith tzu

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

023 300 52 92 707,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343
ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Maira Taquelino de Oliveira Durante
CPF: 08455352930 RG: _____
Endereço: Princesa Izabel nº 1190. Alvorada

DATA DE ENTRADA: 01 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 40 min
DATA DE SAÍDA: 01 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 13 hrs 00 min

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno
( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 5,700 kg. Idade Aprox: 03 anos Raça: SHIH TZU

Características da Pelagem: marrom com Branco
(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para Castração e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - castração cão até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

RG:_____ CPF: 08455352930

Tel. Cel.: (46) 98830-9946

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

Nome do animal: Luffy Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça: Shitzu Idade: 3 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 5,700

Maira Jaqueline de O. Duarte

TUTOR

Laura B. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

DATA DE ENTRADA: 01/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 10 min

DATA DE SAÍDA: 01/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300529276 2

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,700 kg Idade aprox: 03 anos Raça: SHITZU

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Marron com Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Maira Jaqueline de O. Duarte
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Maria Duarte

Nome do animal: Luffy

Espécie: CAN **Raça:** Shitzu

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Marron com Branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300 52.92 762,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 02 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343
ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Dagmar Aparecida Vilas Boas

CPF: _____ RG: _____

Endereço: Joaquim Nabuco 695, Fronon

DATA DE ENTRADA: 03 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 04 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 8 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Macho (X) Femea Porte Pequeno

Peso: 2,800 kg. Idade Aprox: _____ Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Preta

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para Castração e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE: ____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Dagmar aparecida Vilas Boas

Endereço: Joaquim Nabuco 695 Fraron

DATA DE ENTRADA: 03/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 04/07/25 HORA DE SAÍDA: 8 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52934 58

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino (x) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,800 kg Idade aprox: _____ Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta, pelo curto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Dagmar A. Vilas Boas

Nome do animal: Putinha

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23 300 52 93458,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 03/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Dagmar Aparecida Tiles Bros

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço: Joaquim Nabuco 695, Fraron

Nome do animal: Pretinha Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: 28oo

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 03/02/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Rose D. F. V. A. dos Santos

CPF: _____ RG: _____

Endereço: Rua Galha azul, 101, Planalto

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 07/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Macho (X) Femea Porte pequeno

Peso: 3,3 kg. Idade Aprox: ± 7 meses Raça: SRD

Características da Pelagem: Siamês

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ROSE DIRLEI FLEITUCH VARELA ALVES DOS SANTOS

RG:_____ CPF: 51321211953

Tel. Cel.: 4699119-4432

Endereço: GRALHA AZUL 101,PLANALTO

Nome do animal: Menina Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade: 7 meses Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,3Kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 09 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ROSE DIRLEI FLEITUCH VARELA ALVES DOS SANTOS

Endereço: GRALHA AZUL 101,PLANALTO

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 07/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52 92982

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 3,3 kg Idade aprox: ± 7 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Siamês

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E



Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Rosi D.F.V.A. dos Santos

Nome do animal: Menina

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Siamês

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529298 2,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Rose D. F. V. A dos Santos

CPF: _____ RG: _____

Endereço: Rua Gralha Azul, 401, Planalto

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 07/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Macho (X) Femea Porte pequeno

Peso: 2,9 kg. Idade Aprox: ± 7 meses Raça: SRD

Características da Pelagem: Mesclada

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - Castração gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ROSE DIRLEI FLEITUCH VARELA ALVES DOS SANTOS

RG:_____ CPF: 51321211953

Tel. Cel.: 4699119-4432

Endereço: GRALHA AZUL 101,PLANALTO

Nome do animal: Bianca Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (X) Peso: _____

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 07/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ROSE DIRLEI FLEITUCH VARELA ALVES DOS SANTOS

Endereço: GRALHA AZUL 101, PLANALTO

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 07/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23 300 52 94 004

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,9 kg Idade aprox: ± 7 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Mesclada

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Rose D. F.V. A. dos Santos

Nome do animal: Bianca

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** murisca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23200529 4004,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 13/07/25 HORA DE ENTRADA: 23 hrs 23 min

DATA DE SAÍDA: 28/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292279

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 12 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes: Preto e caramelo

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: FERRANTE 13429 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 12 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 15/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13429

Espécie: CÃO **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** pato e caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292279,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 15 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 17/07/25 HORA DE ENTRADA: 11 hrs 10 min

DATA DE SAÍDA: 21/07/25 HORA DE SAÍDA: 15 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900233005294098

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 6,5 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Puto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10Kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: _____

RG: _____ CPF: _____

Tel. Cel.: _____

Endereço: _____

Nome do animal: ~~Estrela~~ Rapadura Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 6,5 Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 24/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Rapadura

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005294098.

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Paçoca Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±2anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 51kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 24/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 17/07/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 46 min

DATA DE SAÍDA: 21/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293105

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,1 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração Cão até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Paçoca

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900233005293105,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13491 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3anos Sexo: M(X) F( ) Peso: 5,5kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 23/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 21/07/25 HORA DE ENTRADA: 13 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 22/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292574

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,5 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Esmeralda 13491

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900233005292574,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 23/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: RENI TEREZINHA PONCIANO CPF:369507429-91
FILHA PATRICIA TROUXE FONE (46) 999119-1991 RUA VICENTE FERRIERA, N151, BAIRRO: SÃO VICENTE - PATO BRANCO PR

Nome do animal: miku Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD
Idade: 5 anos

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 29,000kg

Patrícia B. Soriano

TUTOR

Laita B. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 24/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: MIKE

Responsável pelo animal: RENI TEREZINHA PONCIANO CPF:369507429-91 FILHA PATRICIA TROUXE (46) 999119--1991 RUA VICENTE FERREIRA, 151, BAIRRO: SÃO VICENTE - PATO BRANCO PR ENTRADA:24/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 17 min

DATA DE SAÍDA: 24/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292605

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Grande

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 29,000kg Idade aprox: 5 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

preto e cinza

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão acima 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Patrícia B. Ponciano

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12 343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Reni Terezinha Poncano

Nome do animal: Mike

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto e cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 605,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 24 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Marcilina Ferreira dos Anjos

Endereço: Marco Penso 215 Vila Esperança

DATA DE ENTRADA: 24/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 24/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292503

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,5 kg Idade aprox: 10 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Mesclada

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: marcelina Ferreira dos Anjos

RG: _____ CPF: 176.126.929-39

Tel. Cel.: (46) 98830-5961

Endereço: Marco Penso 215, Vila Esperança

Nome do animal: Bibi Espécie: Canina ( ) Felina (x)

Raça: SRD Idade: 10 meses Sexo: M ( ) F (x) Peso: _____

marcelina

TUTOR

Paulo P. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 24 / 07 / 2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Marcelina dos Anjos

Nome do animal: Bibi

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Murisco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 503,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 04 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: RENI TEREZINHA PONCIANO CPF:369507429-91
FILHA PATRICIA TROUXE FONE (46) 999119-1991 RUA VICENTE FERRIERA, N151, BAIRRO: SÃO VICENTE - PATO BRANCO PR
Nome do animal: Thor Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD Beagle
Idade:

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 17,100kg

Patrícia B. Ponciano

TUTOR

Laita B. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 24/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: THOR

Responsável pelo animal: RENI TEREZINHA PONCIANO CPF:369507429-91 FILHA PATRICIA TROUXE (46) 999119–1991 RUA VICENTE FERRIERA, 151, BAIRRO: SÃO VICENTE - PATO BRANCO PRENTRADA:24/07/2025 HORA DE ENTRADA:08 hrs 27 min

DATA DE SAÍDA: 24/07/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005290443

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 17,100 Idade aprox: 12 anos Raça: Beagle

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Marrom e Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem

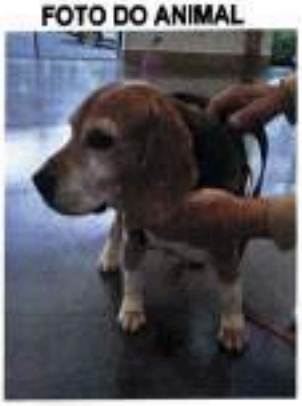
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Reni Terezinha Ponciano

Nome do animal: Thor

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** marrom e branco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005290443,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 24/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: SARA TOLDO TELES CPF: 138648039-85
RUA: PEDRO RAMIRES DE MELO, 1567, BAIRRO MENINO DEUS - PATO BRANCO PR
FONE (46) 99903-0999
Nome do animal: Fryde Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD
Idade:

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,300Kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 24/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: FRAJOLA

Responsável pelo animal: SARA TOLDO TELES CPF: 138648039-85

RUA: PEDRO RAMIRES DE MELO, 1567, BAIRRO MENINO DEUS - PATO BRANCO PR - FONE (46) 99903-0999 DATA DE ENTRADA: 24/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 01 min

DATA DE SAÍDA: 24/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291321

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 3,300Kg Idade aprox: 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branco e preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Sara Tedo Teles

Nome do animal: Frajola

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca e preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005291321,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 24/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Gabriella Aparecida Restelatto

RG:_____ CPF: 107.932.389-94

Tel. Cel.: (46) 99117-4944

Endereço: R. São Francisco Assis, 672 Planalto

Nome do animal: Sem nome Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 1 ano Sexo: M (X) F ( ) Peso: 5,100

Gabriella Aparecida Restelatto

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 23/01/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Gabriela Aparecida Restelato

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 23/07/25 HORA DE ENTRADA: 7 hrs 26 min

DATA DE SAÍDA: 23/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293424

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 5,1 kg Idade aprox: ± 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

mesclado

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Gabriela Aparecida Restelato

Nome do animal: Errante 13496

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Mesclado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293424,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 23/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Roni Pasfual Machado

RG: _____ CPF: 956214909-91

Tel. Cel.: (46) 99119-2066

Endereço: _____

Nome do animal: IKI Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: 1 a 8 mes Sexo: M (X) F ( ) Peso: 8,300

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 23/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: IKI

Responsável pelo animal: RONI PASQUAL MACHADO CPF: 956214909-91

RUA ALTEVIR TURRA 681, BAIRRO PARQUE DO SOM

PATO BRANCO - PR FONE: (46) 99119-2066

DATA DE ENTRADA: 23/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 35 min

DATA DE SAÍDA: 23/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293599

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 8,300 Idade aprox: 1 a 8 mes Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão até 10kg
chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Roni Pasqual Machado

Nome do animal: Fki

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293599,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 23 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Vanessa da Silva

RG: _____ CPF: 04894522983

Tel. Cel.: (46) 99918-0254

Endereço: _____

Nome do animal: Mimo Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 1 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3,300

Vanessa

Laita B Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 23/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: MIMA

Responsável pelo animal: VANESSA DA SILVA CPF: 04894522993 RUA CASSIANO RICARDO, 38 BAIRRO ANCHIETA - PATO BRANCO-PR FONE: (46) 999180254

DATA DE ENTRADA:23/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 27 min

DATA DE SAÍDA: 23/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292484

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (✓) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 3,300 Idade aprox: 1 ano Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes: Branca e preta

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata, Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Vanessa da Silva

Nome do animal: Mimi

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca e preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292484,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 23/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Daiane Aparecida Allani

RG:_____ CPF: 083170649 05

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Bruna Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: 2 anos e 10 meses Sexo: M ( ) F (X) Peso: 9,600 kg

Daiane Aparecida Allani

TUTOR

Carla P. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 23/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LUNA

Responsável pelo animal: DAIANE APARECIDA ALBANI CPF: 08317064905
RUA VEIRA DA COSTA, 688 - BAIRRO PINHEIRINHO - PATO BRANCO PR
FONE: (46) 99982-7829

DATA DE ENTRADA: 23/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 14 min

DATA DE SAÍDA: 23/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292013

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno/médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 9,600 Idade aprox: 2 anos 10 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preta

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração Cadela até 10kg
Chipagem

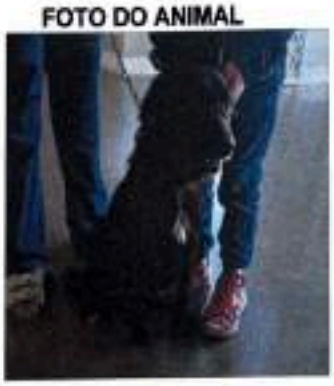
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Daiane Aparecida Albani
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Daiane Aparecida Albani

Nome do animal: Luna

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 013,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 23/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: THAIS CRISTINA DE ALMEIDA FONE(46) 99115-935
LUIZ FELIPE QUE TROUXE CPF: 11384605754 - FONE (46) 98403-3758 RUA: PEDRO CALDATO, 128 BAIRRO CADORIN VIZINHO DELA.

Nome do animal: LARISSA Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 8 MESES

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 2,600 KG

Luiz Felipe

TUTOR

Laura Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 17/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: Loanisse

Responsável pelo animal: THAIS CRISTINA DE ALMEIDA

DATA DE ENTRADA: 17/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 43 min

DATA DE SAÍDA: 17/07/25 HORA DE SAÍDA: 17 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 900233005293138

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 2,6kg Idade aprox: ± 8 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato
Chipagem

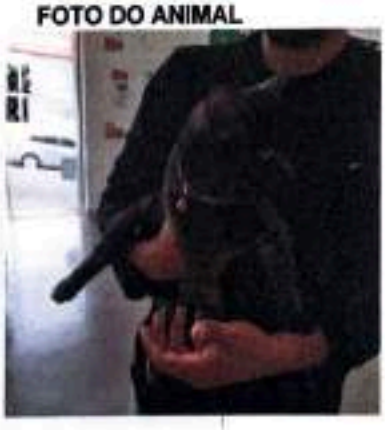
Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Thais Cristina de Almeida

Nome do animal: Karine

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900233007529438,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 17/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário:FERNANDA CONTE
CPF: 05896582986 - RUA PELICANO, 200 BAIRRO PLANALTO - PATOBRANCO-PR

FONE: (46)92001-7925

Nome do animal: SALSINHA Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 1 ANO

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 6,500 KG

Fernanda Conte

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 17/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: DOCINHO
Responsável pelo animal: FERNANDA CONTE
DATA DE ENTRADA: 17/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 30 min
DATA DE SAÍDA: 17/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 20 min
MICROCHIP Nº 900233005293795
(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno
( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 6,500kg Idade aprox: 1 ano Raça: SRD
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preto

Outras características relevantes: Preta

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Fernanda Conte
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Fernanda Conte

Nome do animal: Salsinha

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 230052937795,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 17/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Izabel Cristina de Morais

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99900-3630

Endereço: Rua Pau Jo. Planalto

Nome do animal: Faya Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 01 ano Sexo: M ( ) F (X) Peso: 9,500

Terezinha de Fátima da Silva

TUTOR

Paula B. Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Izabel Cristina de Morais

Endereço: Rua Pará 20 Planalto

DATA DE ENTRADA: 14/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 14/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233006292088

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 9,500 kg Idade aprox: 01 ano Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca com caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração até 10Kg cadela
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Terezinha de Fátima Silva

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Alec Gabriel P. Rocha

CRMV-PR 21765

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Izabel Cristina de Moraes

Nome do animal: Fofo

Espécie: Canino **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branco e caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233006292088,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 07 / 2025.

Dr. Alec Gabriel Pereira Rocha
Médico Veterinário
CRMV 21765

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: IZABEL CRISTIANE DE MOREAIS

Rg: _____ CPF: _____

Nome do animal: mel Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 2 ano e 5 mes

Sexo: M ( ) F (X) Peso: KG 6,900 Kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 14/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: IZABEL CRISTIANE DE MORAIS

DATA DE ENTRADA: 14/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 23 min

DATA DE SAÍDA: 14/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005299378

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 6,800kg Idade aprox: 2aa e 8 mes Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preta e caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Alec Gabriel P. Rocha

CRMV-PR 21765

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Izabel Cristina de Moraes

Nome do animal: Mel

Espécie: Canina **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (x) Fêmea **Cor:** Preta e marrom

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293778,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 07 / 2025.

Dr. Alec Gabriel Pereira Rocha
Médico Veterinário
CRMV 21765

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: IZABEL CRISTIANE DE MOREAIS

Rg: _____ CPF: _____

Nome do animal: Pequena Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD

Idade: 2 anos e 8 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,80 KG

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 14/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: IZABEL CRISTIANE DE MORAIS

DATA DE ENTRADA: 14/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 13 min

DATA DE SAÍDA: 14/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292820

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,900 kg Idade aprox: 2 a 8 m Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes: Preta

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Alec Gabriel P. Rocha

CRMV-PR 21765

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Izabel Cristina de Morais

Nome do animal: Pequena

Espécie: Canina **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Preto com cerneto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292820,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 07 / 2025.

Dr. Alec Gabriel Pereira Rocha
Médico Veterinário
CRMV- 21765

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: VANESSA TARGA

Rg: _____ CPF: 06640589907

Nome do animal: Deco Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: Siam

Idade: 8 anos

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,800 Kg

Vanessa D. Ballmann Targa

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 16/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: DOCINHO
Responsável pelo animal: VANESSA TARGA
DATA DE ENTRADA: 16/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 03 min
DATA DE SAÍDA: 16/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min
MICROCHIP Nº 900233005293023
( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____
(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,900 Idade aprox: 8 meses Raça: Siamês
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Cinza

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Vanessa D. Ballmann Targa
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Vanessa Targa

Nome do animal: Docinho

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293023,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 16/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: IZABEL CRISTIANE DE MORAIS

Rg: _____ CPF: _____

Nome do animal: BOBY Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 7 meses

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 2,700 KG

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 14/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: IZABEL CRISTIANE DE MORAIS

DATA DE ENTRADA: 14/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 58 min

DATA DE SAÍDA: 14/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292772

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 2,7 kg Idade aprox: 7 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Tigrado e Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem
Castração gato.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Alec Gabriel P. Rocha

CRMV-PR 21765

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Izabel Cristina de Moraes

Nome do animal: Baby

Espécie: Felino **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tigrado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 529 2772,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 14 / 07 / 2025.

Dr. Alec Gabriel Pereira Rocha
Médico Veterinário
CRMV-PR 21765

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: IZABEL CRISTIANE DE MOREAIS

Rg: _____ CPF: _____

Nome do animal: Lipe Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 7 meses

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 2,800 KG

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 14/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: IZABEL CRISTIANE DE MORAIS

DATA DE ENTRADA: 14/07/2025 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 01 min

DATA DE SAÍDA: 14/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293690

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 2,80kg Idade aprox: 7 meses Raça: SRD - Tigre

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

tigrado

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Chipagem
Orquiectomia - Castração gato

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Alec Gabriel P. Rocha

CRMV-PR 21765

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Izabel Cristine de Moura

Nome do animal: Tigre

Espécie: Felino **Raça:** SRD

Sexo: (x) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tigrado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293690,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 07 / 2025.

Dr. Alec Gabriel Pereira Rocha
Médico Veterinário
CRMV 21765

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário:_____

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 11,8 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 04/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 01/07/25 HORA DE ENTRADA: 20 hrs 14 min

DATA DE SAÍDA: 03/07/25 HORA DE SAÍDA: 8 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 23300 52, 92 540

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 11.8 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Marrom

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem
Captura e soltura cão
Remoção animal por km

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante / 13335

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Marrom

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

982000529 2540,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário:_____

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13270 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,7Kg

_____ Laiete R Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21/06/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 21/06/25 HORA DE ENTRADA: 11 hrs 48 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 5932 39

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3,7 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

_____

Outras características relevantes:

Mutuco

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração gato
Chipagem
Captura e soltura
Remoção animal por Km
Internamento felino
Sedação até 10Kg
Amputação membro pélvico.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12 343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branca

Nome do animal: Errante 13270

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** mesisco

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300 59 32 39,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21/06/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Municipio de Pato Branco

Endereço: Paulo Rotilli 430, Alvorada

DATA DE ENTRADA: 27/06/25 HORA DE ENTRADA: 14 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 04/07/25 HORA DE SAÍDA: 14 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300 52 92 273

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Media

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 7,600 kg Idade aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem
Captura e soltura cão
Remoção animal por Km

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Município de Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço: Paulo Rotilli 430, Alvorada

Nome do animal: Errante Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 2anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 7,600

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 27/06/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante / 13313

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529 92273,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 04/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Município de Pato Branco

Endereço: Estrada Municipal Pioneiro Sadi P. Vigano

DATA DE ENTRADA: 27/06/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 03/07/25 HORA DE SAÍDA: 8 hrs 30 min

MICROCHIP Nº 23300561 1430

(x) Canino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 15,200 kg Idade aprox: Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão 10Kg - 20Kg
Chipagem
Captura e soltura
Remoção Animal por Km

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Município de Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço: Estrada Municipal Pioneiro Sadi P. Tigarin

Nome do animal: Emanle Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M (X) F ( ) Peso: 15,200

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 27/06/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13310

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

930056111430,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 27/06/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Jandira

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço: Estrada Pioneiro Caruno 1529, Linha Encruzilhada

Nome do animal: Mãe Pata Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade:_____ Sexo: M ( ) F (x) Peso: 6,40

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 03/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Jandira

Endereço: Estrada Ricineiro Canoas 1529, Linha Encruzilhada

DATA DE ENTRADA: 03/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 10/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP: 900233005291373

(x) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 6.900 kg Idade aprox: ± 4 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração - Cadela até 10kg
Chipagem
Captura e soltura cão
Remoção animal por km

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Jandira

Nome do animal: Mãe preta

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 230300529L373,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 09/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: JULIANA CORDEIRO DE ANDRADE PERGER

DATA DE ENTRADA: 04/07/2025 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 26 min

DATA DE SAÍDA: 04/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 933005293784

( ) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 3kg Idade aprox: 2ANOS Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): CINZA

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem
Captura e soltura
Remoção animal por km

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Juliana Perger

Nome do animal: Sem nome

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Cinza

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529 3784,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 04 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: JULIANA CORDEIRO DE ANDRADE PERGER
Rg: _____ CPF:_____

ENDEREÇO:ESTRADA RURAL, PIONEIRO SADI VIGANÓ - PATO BRANCO
FONE:(47)9270-9293
Nome do animal: SEM NOME Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD

Idade: 2 ANOS

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 3 KG

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 04/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Natalino Soares dos Santos

CPF: 880 329 659 04 RG: _____

Endereço: Br 280 Km 2, Bairro Encruzilhada

DATA DE ENTRADA: 07 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 13 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 08 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 09 hrs 00 min

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 17,000 kg. Idade Aprox: 01 ano Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Bege

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Paciente veio para Castraccão e Chipagem. Possue hérnia umbilical.

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - Castracção cadela 10kg - 20kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NATALINO SOARES DOS SANTOS

RG:_____ CPF: 980 329 659 04

Tel. Cel.: (46) 9 9904. 8325

Endereço: BR 280 KM 2 BAIRRO ENCRUZILHADA

Nome do animal: Baia Espécie: Canina (x) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 2 anos Sexo: M ( ) F (x) Peso: 17,000

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: NATALINO SOARES DOS SANTOS

Endereço: BR 280 KM 2 BAIRRO ENCRUZILHADA

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 13 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: / / HORA DE SAÍDA: ___ hrs ___ min

MICROCHIP Nº 23300 52 93836

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 17,000 kg Idade aprox: 01 ano Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Bege

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohistrectomia - Castração Cadela 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Natalino Soares dos Santos

Nome do animal: Baia

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Bege

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

023 00052 93836,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Natalina Soares

CPF: 880 329 659 04 RG: _____

Endereço: Br 280 Km 2. Bairro Encruzilhada

DATA DE ENTRADA: 07 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 13 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: 08 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 08 hrs 00 min

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 5,100 kg. Idade Aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem: _____

( ) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para Castração e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NATALINO SOARES DOS SANTOS

RG:_____ CPF: 880 329 659 04

Tel. Cel.: (46) 9 9924-8725

Endereço: BR 280 KM 2 BAIRRO ENCRUZILHADA

Nome do animal: Pandora Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: S.R.D Idade: 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,100

Maria S S Mielles Paulo P Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 07/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: NATALINO SOARES DOS SANTOS

Endereço: BR 280 KM 2 BAIRRO ENCRUZILHADA

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 13 hrs 20 min

DATA DE SAÍDA: / / HORA DE SAÍDA: ___ hrs ___ min

MICROCHIP Nº 23300 52 93880

(x) Canino (x) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 5,100 kg Idade aprox: 2 anos Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Caramelo

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Natalino Soares dos Santos

Nome do animal: Pandora

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529388O,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: Natalino Ivan dos Santos

CPF: _____ RG: _____

Endereço: BR 280 Km 2 Bairro Encruzilhada

DATA DE ENTRADA: 07 / 07 / 25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 24 min

DATA DE SAÍDA: ___/___/___ HORA DE SAIDA: ___hrs___min

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino ( ) Macho (x) Femea Porte Pequeno

Peso: 2,200 kg. Idade Aprox: 6 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem: Preta

(x) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para castração e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Ovariohisterectomia - Castração gata	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NATALINO SOARES DOS SANTOS

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.: (46) 99924. 8325

Endereço: BR 280 KM 2 BAIRRO ENCRUZILHADA

Nome do animal: natacha Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: S.R.D Idade: 06 meses Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,200

Maria dos Miles

TUTOR

Paula B Berger

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: NATALINO SOARES DOS SANTOS

Endereço: BR 280 KM 2 BAIRRO ENCRUZILHADA

DATA DE ENTRADA: 07/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 24 min

DATA DE SAÍDA: 08/07/25 HORA DE SAÍDA: 09 hrs 03 min

MICROCHIP Nº 23300 52,93779

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(x) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte Pequena

Peso: 2,200 kg Idade aprox: 06 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta com manchas caramelo

Outras características relevantes:

Preta

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Natalino Soares dos Santos

Nome do animal: Natasha

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Puta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

23300529379,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 07/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

CPF: 08455352930 RG:

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

DATA DE ENTRADA: 02 / 07 /25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 01 / 07 / 25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 6,400 kg. Idade Aprox: 08 anos Raça: SHIH TZU

Características da Pelagem: Branco com caramelo

(X) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para Castração e Chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - Castração cão até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Médico Veterinário Responsável

Coordenador do Projeto

Responsável pelo preenchimento da ficha

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

RG:_____ CPF: 08455352930

Tel. Cel.: (46)98810-9446

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

Nome do animal: Luke Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: Shitzu Idade: 09 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 6.400

Maira Jaqueline de O. Duarte

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 01/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: MAIRA JAQUELINE DE OLIVEIRA DUARTE

Endereço: PRINCESA IZABEL N1190, ALVORADA

DATA DE ENTRADA: 01/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 40 min

DATA DE SAÍDA: 01/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 933003529186 6

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 6,400 kg Idade aprox 08 anos Raça: SHIHTZU

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco e Caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Maira Jaqueline de O. Duarte

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Maira Duarte

Nome do animal: Luke

Espécie: Cão **Raça:** Shith Tzu

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

230052.91866,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 01/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL
PROCEDIMENTOS URGÊNCIA EMERGÊNCIA

Responsável pelo Animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

CPF: 05300277983 RG:_____

ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752

DATA DE ENTRADA: 09/07/25 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAIDA: 18 hrs 00 min

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Macho ( ) Femea Porte _____

Peso: 3 kg. Idade Aprox: 3 anos Raça S.R.D

Características da Pelagem:

(x) Pelo Curto ( ) Pelo Tosado ( ) Pelo Longo ( ) Pelo Sedoso ( ) Pelo Duro

Histórico do paciente:

Veio para Castração e chipagem

Descrição do Serviço Executado: LOTE:____

PROCEDIMENTO	QUANTIDADE
Orquiectomia - castração cão até 10kg	1
Chipagem	1

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

MUNICÍPIO DE
PATO BRANCO
Secretaria de Meio Ambiente

Médico Veterinário Responsável

Responsável pelo preenchimento da ficha

Coordenador do Projeto

Gestor do Contrato

Empresa responsável pela captura/remoção/soltura

Foto do animal



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: ROSALINA VIEIRA DE MELO
Rg: _____ CPF: 0530027798
ENDEREÇO: RUA CARLOS FONTANA. 374 BAIRRO SÃO JOAO - FONE FILHA FRANCIELE QUE TROUXE (46) 99937-4752
Nome do animal: Jack Epécie: Canina (x) Felina ( ) Raça: S R D

Idade: 3 ANOS

Sexo: M (x) F ( ) Peso: 3 KG

Franciele melo

TUTOR

Laila P Borges

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 09/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: ROSALINA VIEIRA DE MELO

DATA DE ENTRADA: 09/07/2025 HORA DE ENTRADA: 09 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 09/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 233005293022

(x) Canino ( ) Fêmea (x) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 3 kg Idade aprox: 3 Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preto com caramelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração cão até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Rosalina Vieira de Melo

Nome do animal: Louck

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 230052 93022,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 08 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: JULIA BEATRIZ IVATIUK GOMES CPF: 070637129-18
FONE: (43) 99805-3984 - RUA: MANOEL RIBAS, N 1000 - BAIRRO VILA ISABEL
PATO BRANCO - PR

Nome do animal:MET
Idade: 5 Meses

Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD PINSCHER

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 5,100kg

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 31/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: MEG

Responsável pelo animal: JULIA BEATRIZ IVATIUK GOMES CPF: 070637129-18 FONE: (43) 99805-3984 - RUA: MANOEL RIBAS, N 1000 - BAIRRO VILA ISABEL - PATO BRANCO – PR

ENTRADA: 31/07/2025 HORA DE ENTRADA: 8 hrs 48 min

DATA DE SAÍDA: 31/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292361

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 5,100kg Idade aprox: 5 meses Raça: PINSCHER

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Júlia Gomes

Nome do animal: Meg

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** pinta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292361,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 31 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG: _____ CPF: _____

Tel. Cel.: _____

Endereço: _____

Nome do animal: Errante 13587 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 13,8

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 31/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 31/07/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 05 min

DATA DE SAÍDA: 31/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291591

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 13,8 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13587

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900230052915921,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 31/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 31/07/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 05 min

DATA DE SAÍDA: 31/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293644

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 16,4 kg Idade aprox: 1 a 9 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Cinza, mesclado

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração Cadela de 10kg - 20kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG: _____ CPF: _____

Tel. Cel.: _____

Endereço: _____

Nome do animal: Esmeralda 13586 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ±4anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 16,4 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 31/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13586

Espécie: CW **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Cinza mesclado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23900 5293 644,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 31/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13585 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 13,3Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 31 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 31/07/25 HORA DE ENTRADA: 10 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 31/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293488

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Cronte - 13585

Peso: 13,3 kg Idade aprox: ± 3 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preta

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração cadela de 10kg - 20kg

Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13585

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293488,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 31 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espeço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Gironte 13504 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: + 2anos Sexo: M ( ) F(X) Peso: 10kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 24/03/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: [illegible]

DATA DE ENTRADA: 23/07/25 HORA DE ENTRADA: 17 hrs 39 min

DATA DE SAÍDA: 31/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900 23 300 52,90 588

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 10 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branco.

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração Cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 19504

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 005 29 05 88,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 31 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: CLEONICE CARVALHO CPF: 036803729-06
FONE: (46) 99914-1691 - RUA: PEDRO LORA, 220 BAIRRO MENINO DEUS
PATO BRANCO - PR - FILHA TROUXE MARIA EDUARDA (46) 99981-1484

Nome do animal: Paçoca Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD
Idade: 8 meses

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,100kg

Maria Eduarda Carvalho.

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 31/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: PEDRINHO

Responsável pelo animal: CLEONICE CARVALHO CPF: 036803729-06 FONE: (46) 99914-1691 - RUA: PEDRO LORA, 220 BAIRRO MENINO DEUS - PATO BRANCO - PR - FILHA TROUXE MARIA EDUARDA (46) 99981-1484

ENTRADA: 31/07/2025 HORA DE ENTRADA: 07 hrs 57 min

DATA DE SAÍDA: 31/07/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900230052290304

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3,100 Idade aprox: 8 mes. Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Maria Eduarda Carvalho
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Cleonice Carvalho

Nome do animal: Pedrinho

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Tigrado

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900230052,90304.

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 31 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 11/06/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 36 min

DATA DE SAÍDA: 02/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 23300529248 3

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte médio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 15,2 kg Idade aprox: 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Branca amarela

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castracao Cadela 10kg - 20kg

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 15,2 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 11/06/2025



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita B Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Branca e Amarela Errante 13206

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branca e amarela

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292483,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 11 / 06 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 28/07/25 HORA DE ENTRADA: 12 hrs 30 min

DATA DE SAÍDA: 28/07/25 HORA DE SAÍDA: 19 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292442

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 16 kg Idade aprox: ± 3anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

preto e caramelo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão de 10kg - 20kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13540 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 3 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 16,6 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 29/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13540

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preto e caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 23 300 52 92 442,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 28 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Franco Fabiana Falcão Penteado

RG: _____ CPF: 925.534.510-91

Tel. Cel.: (51) 98178-0967

Endereço: Xingu 833, Santa Terezinha

Nome do animal: Simba Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: 1ano4meses Sexo: M (X) F ( ) Peso: 4,900

Gabriela L. Vay

Paulo B. Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 29/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: FRANCO FABIANO FALCÃO PENTEADO

Endereço: Ximgu 233, Santa Terezinha

DATA DE ENTRADA: 29/07/25 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 21 min

DATA DE SAÍDA: 29/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292116

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte Pequeno

Peso: 4,900 kg Idade aprox: 1 ano 4 meses Raça: S.R.D

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Laranjinha

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Criptorquidia Inguinal até 10Kg com Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): France Pentead

Nome do animal: Simba

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** laranja

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292116,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Eliane de Quadros

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13548 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 15Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 09/04/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Eliane de Quadros

Endereço: Rua Tiradentes 441, Santo Antonio

DATA DE ENTRADA: 29/07/25 HORA DE ENTRADA: 11 hrs 03 min

DATA DE SAÍDA: 29/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292082

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Medio

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 15 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo e Branco

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia – Castração Cadela 10kg - 20kg

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Eliane de Quadros

Nome do animal: Errante 13548

Espécie: CW **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo e branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292032,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 29/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 23/07/25 HORA DE ENTRADA: 18 hrs 54 min

DATA DE SAÍDA: 29/07/25 HORA DE SAÍDA: 13 hrs 00 min

MICROCHIP Nº _____

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 9,2 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Caramelo estopinha

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - castração cão até 10kg

Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes á anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 1350 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M (X) F ( ) Peso: 9,2kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 29/01/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Laita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13505

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233005290921,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 23 / 07 / 2025.

Laita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 29/07/25 HORA DE ENTRADA: ___hrs___min

DATA DE SAÍDA: / / HORA DE SAÍDA: ___hrs___min

MICROCHIP Nº 900233005294173

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,8 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Preta e branca

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12 343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13562

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** preta e branca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005294173,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 30 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13562 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,8 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 30/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário:LILIANE BAYER CARDOSO - CPF: 089422619-30
RUA: SANTA MARIA, N 356 - BAIRRO MORUMBI - PATO BRANCO - PR
FONE: (46) 99917-7424
Nome do animal: Black Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD
Idade: 9 mes

Sexo: M (X) F ( ) Peso: 3,100 kg

Liliane Bayer Cardoso

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 30/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: BLADE

Responsável pelo animal: LILIANE BAYER CARDOSO - CPF: 089422619-30

RUA: SANTA MARIA, N 356 - BAIRRO MORUMBI - PATO BRANCO - PR

FONE: (46) 99917-7424

ENTRADA: 30/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 36 min

DATA DE SAÍDA: 30/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292615

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

Peso: 3,100kg Idade aprox: 09 meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia - Castração gato
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Liliane Bayer Cardoso
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Lailiane Cardoso

Nome do animal: Blade

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** preta

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292615,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 30 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário:LILIANE BAYER CARDOSO - CPF: 089422619-30
RUA: SANTA MARIA, N 356 - BAIRRO MORUMBI - PATO BRANCO - PR
FONE: (46) 99917-7424
Nome do animal: Luna Epécie: Canina ( ) Felina (X) Raça: SRD
Idade: 9 meses

Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,500kg

Liliane Bayer Cardoso

TUTOR

MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 30/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: LUA
Responsável pelo animal: LILIANE BAYER CARDOSO - CPF: 089422619-30
RUA: SANTA MARIA, N 356 - BAIRRO MORUMBI - PATO BRANCO - PR
FONE: (46) 99917-7424
ENTRADA: 30/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 22 min
DATA DE SAÍDA: 30/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005292557

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____
(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte Pequeno

Peso: 2,500 kg Idade aprox: 8 meses Raça: SRD
Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branco e amarelo

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Liliane Bayer Cardoso
Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Lailiane Cardozo

Nome do animal: Lua

Espécie: Fel **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Branco e amarelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005292557,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 30/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343
ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: NEUSA SALETE CAPOANI OLDONI - CPF 734572309-79
RUA LUPICIDIO RODRIGUES N 483 - BAIRRO PINHEIRINHO - PATO BRANCO - PR
FONE: (46) 99109-1327
Nome do animal: Batman Epécie: Canina (X) Felina ( ) Raça: SRD
Idade: 6 meses

Sexo: M (X) F ( ) Peso:

Neusa Salete Capoani Oldoni Paola Borges

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 30/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

ANIMAL: BATMAN

Responsável pelo animal: NEUSA SALETE CAPOANI OLDONI - CPF 734572309-79
RUA LUPICIDIO RODRIGUES N 483 - BAIRRO PINHEIRINHO - PATO BRANCO PR FONE: (46) 99109-1327 BRANCO PR

ENTRADA: 30/07/2025 HORA DE ENTRADA: 08 hrs 02 min

DATA DE SAÍDA: 30/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291868

(X) Canino ( ) Fêmea (X) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte

Peso: 5,300kg Idade aprox: 6meses Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento): Branco e preto

Outras características relevantes:

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Orquiectomia / castração cão até 10kg
Chipagem

Médico Veterinário Responsável

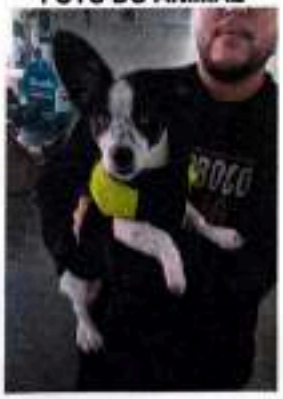
Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Neusa Salete Capoani Oldoni

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Neuza Aldon

Nome do animal: Batman

Espécie: Can **Raça:** SRD

Sexo: (X) Macho ( ) Fêmea **Cor:** Branco e preto

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP n°**

900233005291868,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 30/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por qualsquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 18571 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 2,1Kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 30/07/2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 29/07/25 HORA DE ENTRADA: 18 hrs 00 min

DATA DE SAÍDA: 30/07/25 HORA DE SAÍDA: 18 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005291090

(X) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 2,1 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Murisca

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - Castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13571

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Murisca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233003291090,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 30/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO VETERINÁRIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13370

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Caramelo

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293131,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 12/07/2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 12485 Espécie: Canina (X) Felina ( )

Raça: SRD Idade: ± 2 anos Sexo: M ( ) F (X) Peso: 10 kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco 24 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 21/07/25 HORA DE ENTRADA: 9 hrs 54 min

DATA DE SAÍDA: 23/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293760

(X) Canino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

( ) Felino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

Peso: 10 kg Idade aprox: ± 2 anos Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

Bege, pêlo longo

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração cadela até 10kg
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13485

Espécie: CAN **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Bege

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900233005293760,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MEDICO VETERINARIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO V

TERMO DE RESPONSABILIDADE ANESTESICA, CIRURGICA E PÓS CIRURGICA

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

Declaro para fins legais que autorizo e estou de acordo com os procedimentos anestésicos e cirúrgicos a serem realizados no animal de minha propriedade abaixo descrito, e declaro também que:

1- Mantive o animal em jejum pré-cirúrgico conforme recomendado;

2- Estou ciente dos riscos inerentes à anestesia;

3- Estou ciente dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e suas complicações;

4- Autorizo a realização, a critério médico, de todo e qualquer procedimento e administração de medicamentos que se façam necessários;

5- Estou ciente que serei o único responsável por quaisquer complicações pós-cirúrgicos devido à:

a) Falta de cuidados (higienização do local) ou de proteção devida (colar elizabetano, roupa cirúrgica, restrição de espaço e das atividades do paciente durante a recuperação cirúrgica);

b) Falta ou erro na administração de medicamentos prescritos;

c) Falta de informação ao veterinário sobre qualquer anormalidade pós-cirúrgica.

6- Caso haja necessidade de procedimentos e/ou intervenções pós-operatórias por descuido do proprietário (animais que conseguem retirar pontos ou curativos), os mesmos serão cobrados a parte, não sendo cobertos pela Prefeitura de Pato Branco.

7- Declaro que li e concordo com todos os termos acima.

Proprietário: Prefeitura Pato Branco

RG:_____ CPF:_____

Tel. Cel.:_____

Endereço:_____

Nome do animal: Errante 13489 Espécie: Canina ( ) Felina (X)

Raça: SRD Idade: ± 6m Sexo: M ( ) F (X) Peso: 1,5kg

_____ _____

TUTOR MÉDICO VETERINÁRIO

Pato Branco, 21 / 07 /2025

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

ANEXO VI

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE ANIMAL

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

(ENTREGUE SOMENTE DURANTE A EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS)

PROCEDIMENTOS DE CASTRAÇÃO E CHIPAGEM

Responsável pelo animal: Prefeitura Pato Branco

Endereço: _____

DATA DE ENTRADA: 21/07/25 HORA DE ENTRADA: 16 hrs 03 min

DATA DE SAÍDA: 23/07/25 HORA DE SAÍDA: 16 hrs 00 min

MICROCHIP Nº 900233005293909

( ) Canino ( ) Fêmea ( ) Macho Porte _____

(X) Felino (X) Fêmea ( ) Macho Porte pequeno

Peso: 1,5 kg Idade aprox: ± 6m Raça: SRD

Características da Pelagem (cor, tipo de pelo, comprimento):

mirisca

Outras características relevantes:

_____

Descrição detalhada do Serviço Executado:

Ovariohisterectomia - castração gata
Chipagem.

Médico Veterinário Responsável

Médica Veterinária Fiscal do Projeto

Responsável pelo animal

Gestor do Contrato

FOTO DO ANIMAL



Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário
Arcanjo
Atendimento 24 horas

CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM

Eu, médico veterinário Talita Bianchin Borges

CRMV-PR 12.343

outorgo o presente **CERTIFICADO DE MICROCHIPAGEM** a

Nome do (a) proprietário(a): Prefeitura Pato Branco

Nome do animal: Errante 13489

Espécie: Cão **Raça:** SRD

Sexo: ( ) Macho (X) Fêmea **Cor:** Murisca

O animal acima identificado foi microchipado com o **MICROCHIP nº**

900 233 00 52 93 909,

segundo os procedimentos recomendados para identificação eletrônica animal. Para cadastrar o microchip entrar no link: https://animalltag.com.br/redeanimalltag/

Realizado na cidade de **Pato Branco – PR**, em 21 / 07 / 2025.

Talita Bianchin Borges
Médica Veterinária
CRMV-PR 12.343

ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO VETERINÁRIO

Avenida Tupi, 3609 - Baixada Industrial
Pato Branco - PR
(46) 98801-5008

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Hospital Veterinário BOLSON LTDA

FANTASIA: HOSPITAL VETERINÁRIO ARCANJO
CNPJ: 42.240.430/0001-42
Endereço: Avenida Tupi, 3609

Bairro: Baixada - Pato Branco - CEP: 85505-143

Tel.: (46) 3225-7147 WPP (46) 98801-5008

Email: arcanjohvfinanceiro@gmail.com

RELATÓRIO CASTRAÇÃO - JULHO 2025

Lote	Item	Qtde	Und	Descrição	Unitário	Valor Total
LOTE I - CASTRAÇÃO E CHIPAGEM CÃO E GATO MACHO						
01	1	14	sv	Orquiectomia - Castração de cão de 0 até 10 kg	R$ 300,00	R$ 4.200,00
01	2	7	sv	Orquiectomia - Castração de cão de 10,1 a 20kg	R$ 340,00	R$ 2.380,00
01	3	2	sv	Orquiectomia - Castração de cão acima de 20,1 kg	R$ 350,00	R$ 700,00
01	4	13	sv	Orquiectomia - Castração de gato	R$ 250,00	R$ 3.250,00
01	5	1	sv	Orquiectomia - criptorquida inguinal de cão até 10kg	R$ 330,00	R$ 330,00
01	6	1	sv	Orquiectomia - criptorquida inguinal de cão de 10,1 a 20kg	R$ 369,00	R$ 369,00
01	7	0	sv	Orquiectomia - criptorquida inguinal de cão acima de 20,1kg	R$ 400,00	R$ 0,00
01	8	38	sv	Chipagem	R$ 34,00	R$ 1.292,00
SUBTOTAL LOTE 01						**R$ 12.521,00**
LOTE II - CASTRACÃO E CHIPAGEM CÃO E GATO FÊMEA						
02	1	12	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de cadela 0 até 10 kg	R$ 320,00	R$ 3.840,00
02	2	10	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de cadela de 10,1 a 20kg	R$ 340,00	R$ 3.400,00
02	3	1	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de cadela acima de 20 kg	R$ 369,00	R$ 369,00
02	4	26	sv	Ovariosalpingohisterectomia - Castração de gata	R$ 300,00	R$ 7.800,00
02	5	51	sv	Chipagem	R$ 34,00	R$ 1.734,00
SUBTOTAL LOTE 02						**R$ 17.143,00**
VALOR TOTAL						**R$ 29.664,00**

Documento assinado digitalmente
gov.br
ROBERTA CAROLINE ORNES BOLSON
Data: 04/08/2025 09:52:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Ofício nº 384/2025/SMMA Pato Branco, *assinado e datado digitalmente.*

Ilustríssimo Senhor
Lindomar Rodrigo Brandão
Presidente da Câmara Municipal de Pato Branco

Assunto: Resposta ao Requerimento nº 864/2025 - Encaminhamento dos documentos referentes as castrações realizadas no Hospital Veterinário Arcanjo.

Prezado,

Em atenção ao Requerimento nº 864/2025, de autoria da Vereadora Thania Maria Caminski Gehlen, que solicita à Secretaria Municipal do Meio Ambiente o envio das fichas de autorização dos procedimentos de castração, acompanhadas dos prontuários médico-veterinários dos animais submetidos a tais procedimentos no Hospital Veterinário Arcanjo nos últimos dois meses, vimos, por meio deste, apresentar os seguintes esclarecimentos.

Durante os meses de julho e agosto de 2025, foram realizadas 169 castrações, distribuídas da seguinte forma:

Julho: 38 machos (gatos/cães) e 49 fêmeas (gatas/cadelas) — totalizando 87 animais;

Agosto: 27 machos (gatos/cães) e 55 fêmeas (gatas/cadelas) — totalizando 82 animais.

Conforme solicitado, encaminhamos em anexo os documentos comprobatórios referentes às castrações efetuadas pelo Hospital Veterinário Arcanjo nos meses mencionados.

Permanecemos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

Vicente Lucio Michaliszyn
Secretário de Meio Ambiente

Assinado por 1 pessoa: VICENTE LUCIO MICHALISZYN
Para verificar a validade das assinaturas, acesse https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E e informe o código 4F62-E223-99E2-DF1E

VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS

Código para verificação: 4F62-E223-99E2-DF1E

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

VICENTE LUCIO MICHALISZYN (CPF 734.XXX.XXX-53) em 18/09/2025 11:55:34 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/4F62-E223-99E2-DF1E