

Caçapava do Sul, 26 de julho de 2023.

Á Senhora:

Viviane Ilha

Setor de Parcerias

NC

Prezada Senhora:

Em atendimento ao Parecer Técnico do Edital nº 3430/2023 e Emenda Impositiva de Individual nº 19/2022, informamos que o quantitativo mensal de castrações será:

Mês	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Cães(Fêmeas)	6	6	6	6	6	30
Gatos (Fêmeas)	3	3	2	2	2	12
	9	9	8	8	8	42

Ainda assim, em anexo, apresentamos modelo do termo de autorização para procedimento cirúrgico.

Atenciosamente,



Lídia Regina Freitas Dutra

Presidente



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAÇAPAVA DO SUL
Secretária de Município da Saúde e do Meio Ambiente
Centro de Bem Estar Animal - CBEA

Termo de Autorização para Procedimento Cirúrgico

Proprietário/Responsável: _____
Endereço Residencial: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Telefone Fixo: _____ Celular: _____
RG: _____ CPF: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____
E-mail: _____

Identificação do Animal:

Nome: _____ Idade (real ou aproximado): _____
Espécie: _____ Raça: _____ Pelagem: _____
Porte: () Mini () Pequeno () Médio () Grande () Gigante
Peso (real ou aproximado): _____
Número Microchip: _____ Sexo: () Macho () Fêmea
Quando foi o último cio (Fêmeas)? _____
Foi feito o jejum alimentar e hídrico corretamente? () Sim () Não
Possui algum problema de saúde? () Sim () Não Qual? _____
Observações: _____

Medicamento	Data	Médico Veterinário
Ketamina		
Xilazina		
Flunixinina		
PPU		
Diazepam		

Autorizo a realização do(s) procedimentos(s) cirúrgico(s) _____
no animal acima identificado a ser realizado pelo(a) Médico Veterinário Responsável.

(x) Autorizo o profissional a examinar e/ou tratar e/ou proceder aos testes diagnósticos complementares que julgar necessários com base no exame clínico do animal e testes relacionados.

Caçapava do Sul, 26 de julho de 2023.

À Senhora:

Viviane Ilha

Setor de Parcerias

NC

Prezada Senhora:

Em atendimento ao Parecer Técnico do Edital nº 3430/2023 e Emenda Impositiva de Bancada nº 02/2022, informamos que o quantitativo mensal de castrações será:

Mês	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
Cães(Fêmeas)	80	80	80	80	80	400
Gatos (Fêmeas)	26	26	26	26	30	134
	106	106	106	106	110	534

Ainda assim, em anexo, apresentamos os orçamentos de Clínicas Veterinárias para os principais procedimentos que poderão ser realizados pela Ong. Também apresentamos modelo do termo de autorização para procedimento cirúrgico.

Atenciosamente,



Lídia Regina Freitas Dutra

Presidente

ORÇAMENTO

EMPRESA: Dhama - Clínica Veterinária.

CNPJ: 26.390.566-0005160

Procedimento	R\$
Consulta	R\$ 120,00
Consulta Plantão	R\$ 160,00
Diária de Internação	R\$ 80,00
Ultrassonografia	R\$ 100,00
Eletrocardiograma	R\$ 100,00
Ecocardiograma	—
Raio X	R\$ 200,00
Cesárea de Emergência	R\$ 702,00
Amputação	R\$ 576,00
Sutura	R\$ 120,00
Enucleação	R\$ 405,00
Hemograma	R\$ 40,00
Colocação de Tala	R\$ 40,00
Mastectomia	R\$ 657,00

Rafaela Tasca
Médica Veterinária
CRMV 19824


ORÇAMENTO

EMPRESA: Pedigree Pet Store e Clínica Veterinária
 CNPJ: 46514390000119.

Procedimento	R\$
Consulta	120,00
Consulta Plantão	150,00
Diária de Internação	NÃO FORNECEMOS.
Ultrassonografia	90,00
Eletrocardiograma	NÃO FORNECEMOS.
Ecocardiograma	NÃO FORNECEMOS.
Raio X	NÃO FORNECEMOS.
Cesárea de Emergência	500,00
Amputação	450,00
Sutura	200,00
Enucleação	450,00.
Hemograma	25,00
Colocação de Tala	100,00
Mastectomia	350,00

114
15

ORÇAMENTO

EMPRESA: Bichanos

CNPJ: 38501 056 0001-00

Procedimento	R\$
Consulta	100,00
Consulta Plantão	170,00
Diária de Internação	60,00
Ultrassonografia	100,00
Eletrocardiograma	100,00
Ecocardiograma	100,00
Raio X	— <i>diagnosa</i>
Cesárea de Emergência	500,00
Amputação	400,00
Sutura	80,00
Enucleação	250,00
Hemograma	— 3500 <i>laboratório</i>
Colocação de Tala	30,00
Mastectomia	500,00

38.501.056/0001-00

BICHANOS SAÚDE ANIMAL
 LUISA DOS SANTOS WEBER-ME
 Rua Barão do Rio Branco, 940
 Centro

CEP: 96570-000
 Caçapava do Sul, RS

[Handwritten Signature]

116
15



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAÇAPAVA DO SUL
Secretária de Município da Saúde e do Meio Ambiente
Centro de Bem Estar Animal - CBEA

Termo de Autorização para Procedimento Cirúrgico

Proprietário/Responsável: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone Fixo: _____ Celular: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____

E-mail: _____

Identificação do Animal:

Nome: _____ Idade (real ou aproximado): _____

Espécie: _____ Raça: _____ Pelagem: _____

Porte: () Mini () Pequeno () Médio () Grande () Gigante

Peso (real ou aproximado): _____

Número Microchip: _____ Sexo: () Macho () Fêmea

Quando foi o último cio (Fêmeas)? _____

Foi feito o jejum alimentar e hídrico corretamente? () Sim () Não

Possui algum problema de saúde? () Sim () Não Qual? _____

Observações: _____

Medicamento	Data	Médico Veterinário
Ketamina		
Xilazina		
Flunixinina		
PPU		
Diazepam		

Autorizo a realização do(s) procedimentos(s) cirúrgico(s) _____
no animal acima identificado a ser realizado pelo(a) Médico Veterinário Responsável.

(x) Autorizo o profissional a examinar e/ou tratar e/ou proceder aos testes diagnósticos complementares que julgar necessários com base no exame clínico do animal e testes relacionados.