



**Requerimento de pedido inicial para o
programa de castração de grandes plantéis**

O pedido deve ser feito somente por tutores que possuem **mais de dez animais** para a castração e deve residir no Distrito Federal.

1. Preencha todos os dados abaixo;
2. Marque as opções de ciência do programa;
3. Faça uma rubrica em todas as páginas;
4. Assine ao final e encaminhe ao email **atendimento@sepan.df.gov.br** com seu documento de identificação e comprovante de residência do DF. Assunto do e-mail: “Pedido de castração de grandes plantéis – SUBAN”.

Para dúvidas e/ou esclarecimentos entre em contato no número 61 98199-2410 (somente WhatsApp) e e-mail: **atendimento@sepan.df.gov.br**

DADOS PESSOAIS

Nome completo

CPF

E-mail

Endereço e Região administrativa

CEP

Telefone

Celular (WhatsApp)

LOCALIZAÇÃO E QUANTIDADE DE ANIMAIS

- 1 - Deve ser listado os endereços dos lares temporários.
- 2 - Preencha a quantidade de animais por endereço
- 3 - Em caso de animal de vida livre, informar o endereço e informações de referência para localização dos animais.
- 4 - Informar todos os endereços, pois não serão vistoriados endereços divergentes do pedido.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE PROTEÇÃO ANIMAL DO DISTRITO
FEDERAL



ENDEREÇO 1

Endereço e Região Administrativa

CEP

Cachorro

Cadela

Gato

Gata

ENDEREÇO 2

Endereço e Região Administrativa

CEP

Cachorro

Cadela

Gato

Gata

ENDEREÇO 3

Endereço e Região Administrativa

CEP

Cachorro

Cadela

Gato

Gata

HISTÓRICO DO PLANTEL

Descreva abaixo o histórico da ocorrência destes animais e como o plantel foi se formando e crescendo.



Declaração de Ciência

Leia atentamente os itens e assinale para dar o de acordo as condições de participação no programa

- Estou ciente e de acordo que a cirurgia somente poderá ser realizada se o animal estiver nas seguintes condições: a) Ter no mínimo 2kg, para felinos; b) Ter idade mínima de 6 meses, para caninos; c) Estar com escore corporal (peso) dentro do ideal para cada porte; d) Não estar sob tratamento; e) Não ter tido hemoparasitose (doença do carrapato) no período de 90 dias; f) Não ser portador de doença com tratamento contínuo (convulsão, cardiopatia, hepatopatia e semelhantes); g) Estar com o paciente há no mínimo 30 dias (resgatados e ou semidomiciliados); h) Ter menos de 06 anos, para ambas espécies; i) Não estar prenhe (grávida); j) Não ter parido com menos de 60 dias; k) Não estar amamentando; l) Não ter sofrido nenhum tipo de trauma no período menor que 20 dias.
- Estou ciente e de acordo que para animais braquicefálicos (focinho achatado) deve-se usar a anestesia inalatória, e, nestes casos, a anestesia não é coberta pelo programa, ficando a critério do tutor a decisão por custear a anestesia ou desistir da operação.
- Estou ciente e de acordo que o proponente desse termo é o responsável pela captura (se necessário), transporte, cuidados pré e pós-operatórios.
- Estou ciente e de acordo que o paciente será recepcionado e avaliado para o procedimento. Caso esteja apto, o responsável deverá buscá-lo no mesmo dia e no horário marcado com a recepção.
- Estou ciente e de acordo com a responsabilidade pela realização dos cuidados pré e pós - operatório.
- Estou ciente e de acordo com a responsabilidade pela realização, sem ônus para clínica ou para a SEPAN, dos exames complementares que forem julgados como necessários pelos médicos veterinários da clínica.
- Estou ciente e de acordo, para fins civis, penais e administrativos, que não utilizarei os encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos para favorecer animais de terceiros ou não pertencentes ao grupo de vida livre que pretende controlar, e nem cobrará pelos serviços de encaminhamento

Declaro ainda, a inteira responsabilidade pelas informações contidas nesta declaração, estando ciente de que a omissão ou a apresentação de informações e/ou documentos falsos ou divergentes implicam na exclusão do programa de castração da Subsecretaria de Proteção Animal - SUBAN, além das medidas judiciais cabíveis.

Assinatura do Declarante/Responsável pela proposta