



### ANEXO 3

#### DECLARAÇÃO DE PROTETOR E CUIDADOR ANIMAL VALIDADA POR MÉDICO VETERINÁRIO COM REGISTRO DEVIDAMENTE ATIVO NO CRMV-AM

Atesto para os fins de inscrição no processo seletivo deste edital para recebimento de doação de ração, a pedido do (a) tutor (a) Sr (a). \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF nº \_\_\_\_\_, que possui \_\_\_\_\_ animal(is), sendo ( ) canino(s) e/ou ( ) felino(s) (ANEXO 3.1), que os mesmos encontra(m)-se visivelmente em bom estado de saúde e integridade física sendo reflexo das ações e cuidados realizados (as) pelo (a) seu/sua Protetor (a)/Cuidador (a) Animal aqui presente.

Oriento ainda que a saúde do animal tende a se prolongar com ações de castração, vacinação, controle ectoparasitário, vermifugação e demais cuidados necessários à alimentação, saúde e bem-estar animal.

\*Esta declaração terá validade de 6 meses a contar da data de assinatura do médico veterinário, podendo ser revalidada 1 vez por período igual.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Assinatura e carimbo do médico veterinário

Registro no CRMV nº \_\_\_\_\_

**ANEXO 3.1**
**LISTA DE ANIMAIS DO PROTETOR/CUIDADOR: \_\_\_\_\_**

RELAÇÃO DE ANIMAIS TUTELADOS				
<b>Nº</b>	<b>NOME:</b>	<b>ESPÉCIE:</b> GATO ( ) CACHORRO ( )	<b>RAÇA:</b>	<b>PELAGEM:</b>
		<b>VERMIFUGADO:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>QUANDO:</b>	<b>CASTRADO:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>QUANDO:</b>	
	<b>IDADE:</b>	<b>VACINADO:</b> RAIVA ( ) <b>QUANDO:</b> _____ ANTIVIRAL ( ) <b>QUANDO:</b> _____ NENHUMA ( ) <b>OUTRAS:</b> _____		
<b>Nº</b>	<b>NOME:</b>	<b>ESPÉCIE:</b> GATO ( ) CACHORRO ( )	<b>RAÇA:</b>	<b>PELAGEM:</b>
		<b>VERMIFUGADO:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>QUANDO:</b>	<b>CASTRADO:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>QUANDO:</b>	
	<b>IDADE:</b>	<b>VACINADO:</b> RAIVA ( ) <b>QUANDO:</b> _____ ANTIVIRAL ( ) <b>QUANDO:</b> _____ NENHUMA ( ) <b>OUTRAS:</b> _____		
<b>Nº</b>	<b>NOME:</b>	<b>ESPÉCIE:</b> GATO ( ) CACHORRO ( )	<b>RAÇA:</b>	<b>PELAGEM:</b>
		<b>VERMIFUGADO:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>QUANDO:</b>	<b>CASTRADO:</b> SIM ( ) NÃO ( ) <b>QUANDO:</b>	
	<b>IDADE:</b>	<b>VACINADO:</b> RAIVA ( ) <b>QUANDO:</b> _____ ANTIVIRAL ( ) <b>QUANDO:</b> _____ NENHUMA ( ) <b>OUTRAS:</b> _____		

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

 \_\_\_\_\_  
 Assinatura e carimbo do médico veterinário

Registro no CRMV nº \_\_\_\_\_