Prefeitura Municipal de Congonhas

ESTADO DE MINAS GERAIS

ASSUNTO

06/07/2023 15:16

DIRETORIA DE CONVÊNIOS

null

ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE

PROCESSO

NÚMERO ANO

0009074-005/2021

Mencionar esta referência em todo o expediente relacionado com este processo

REFERÊNCIAS			PROCESSO ANEXADOS		

COMPOSIÇÃO DO PROCESSO

FL	DISCRIMINAÇÃO	FL	DISCRIMINAÇÃO
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

Observações:

(NÃO ESCREVA NESTA CAPA, O SEU PREENCHIMENTO É DA COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO DE COMUNICAÇÕES)

COORDENAÇÃO DO PROTOCOLO

2916

Processo : PMC/Nº/ 009074-005/2021

Requerente: SEPLAN – DIRETORIA DE CONVÊNIOS

Solicitação: CONVÊNIO / ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA

TERMO DE ABERTURA DE VOLUME

Certifico que, nesta data, foi procedida a abertura do volume V do Processo Administrativo descrito acima, que vai numerado a partir da Folha Nº 2916.

Congonhas, 06 DE JULHO DE 2023.

Nome: MARIA BEATRIZ GABRIEL LIMA SANTANA

Cargo/Função: Assessor de Protocolo

Congonhas SAÚDE

2917

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

C.I:PMC/SMS/DVS/68/2023
23 de Junho de 2023
Da: Gerência de Vigilância em Saúde
Para: Diretoria de convênios
Assunto: Plano de Trabalho OSC - Parc - Aditivo

Prezados(as),

Segue o plano de trabalho apresentado pela entidade Associação Protetores dos animais de rua de Congonhas - PARC com termo aditivo de valores. Solicitamos o deferimento ao valor citado no plano, para que a OSC-PARC consiga dar prosseguimento em seus trabalhos.

Atenciosamente,

Carla Cristina Vartuli Cavanellas
Diretora da Vigilância em Saúde
Matrícula: 20145204

Carla C. Vartuli Cavanellas
Diretora de Vigilância em Saúde

Allan Diego Falci
Mat. nº 20144965
Secretário Municipal de Saúde
Congonhas/MG

Allan Diego Falci
Secretário Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Folha Nº 2918

Anexo ao Processo Nº _____/_____, de 19/06/2023

P/ Controle Interno

Prezados,

segue Plano de trabalho da Associação de Protetores de animais de rua de Congonhas - PARC para devidas providências.

ATTe

Carla Cristina Vartuli Cavanellas
Diretora da Vigilância em Saúde
Matrícula: 20145204

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Folha Nº 2919

Anexo ao Processo Nº _____/_____, de ____/____/____

Carla,

Gentileza avaliar e dar andamento para aditivo da org Pare.

Att,

05/06/2023

Allan Diego Falci
Secretário Municipal de Saúde
Mat. 20144965
SMS/Congonhas MG

9920

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

PLANO DE TRABALHO
O Plano de Trabalho apresentado pela entidade deve descrever todos os itens a serem adquiridos/serviços a serem executados de forma pormenorizada. O responsável pelo órgão/entidade (presidente) deverá assinar todas as folhas. Todos os campos têm que ser preenchidos de forma detalhada, visando ao completo entendimento do projeto. (Pode ser usada a quantidade necessária de linhas)

1 - DADOS CADASTRAIS		
ÓRGÃO/ENTIDADE: **MUNICÍPIO DE CONGONHAS**		CNPJ: 16.752.446/0001-02
ENDEREÇO: Praça Presidente Kubitschek - 135 – Centro		
MUNICÍPIO: Congonhas	UF: MG	CEP: 36.415-000
NOME DO RESPONSÁVEL: Cláudio Antônio de Souza	CI: M-1.652.882	CPF: 314.756.986-15
CARGO: Prefeito		

2 - DADOS CADASTRAIS				
ÓRGÃO/ENTIDADE: **ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS – PARC**			CNPJ: 07.766.906/0001-60	
ENDEREÇO: Rua Delfina Santos Corrêa - 173 – Cristo Rei				
MUNICÍPIO: Congonhas		UF: MG	CEP: 36.414-438	TELEFONE: 97521-3239
CONTA CORRENTE ESPECÍFICA: 003 3005-5	BANCO: 104	AGÊNCIA: 1044	PRAÇA PAGAMENTO: Congonhas	
NOME DO RESPONSÁVEL: Wagner Magalhães de Assis		CI: MG-10.336.552	CPF: 055.917.826-39	
ENDEREÇO: Rua José de Freitas Silva - 155 - Barro Preto - Congonhas - CEP 36.414-270				
CARGO: Presidente	TELEFONE: 99635-5540	E-MAIL DA ENTIDADE OU DO RESPONSÁVEL: wagnerassis01@hotmail.com		

3 - HISTÓRICO DA OSC

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas - PARC nasceu da união de pessoas que, amando os animais e vendo nas ruas tantos abandonados e até mesmo domiciliados que são maltratados, decidiram se unir e trabalhar por eles. A entidade tem como propósito o bem-estar dos animais e trabalha para que seja dado a eles um tratamento digno.

Em 2 de janeiro de 2008, a entidade foi declarada de utilidade pública pelo município de Congonhas e, em 22 de setembro de 2016, pelo Estado de Minas Gerais, títulos que, hoje, não são mais exigidos para celebração de termos de parceria.

Desde a sua fundação, em 2005, foram feitos contatos significativos entre a Associação PARC e o Poder Público. Nesse ano, em 11 de outubro, foi realizada a primeira reunião com o prefeito de Congonhas para apresentação da associação e de seus propósitos e solicitação de melhorias no canil municipal. Desde então, houve várias reuniões com o Chefe do Executivo e outros representantes municipais.

De 2006 a 2011, os membros da associação foram autorizados a cuidar dos animais recolhidos ao Bebe Água - canil municipal - dando-lhes banho, tratamento e carinho.

A PARC, no princípio, tinha o propósito de que fosse construído um abrigo, porém, após reuniões com

24.05.23
Sandra Rodrigues Oliveira Freitas
Mat. nº 2014.4177
Secretaria M. de Saúde
Congonhas/MG

RECEBEMOS EM 20/06/2023
Assinatura
Silvia Patricia Teodoro
Matrícula 5.[illegible]11
Assistente Administrativo

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

veterinários e ativistas dos direitos dos animais, foi alterado o foco de atuação. A entidade passou a trabalhar pela castração em massa, único procedimento ético que pode conter a superpopulação, tanto de animais de rua quanto dos domiciliados.
De 2011 a 2016, foi mantida parceria com o Poder Público em um projeto de castração. Os recursos eram repassados pelo município e utilizados no pagamento dos procedimentos. De 2013 a 2016, os recursos foram destinados, em sua maior parte, às castrações e uma pequena parte para o tratamento dos animais.
Em 2017, não foi feito termo de parceria entre o município e a PARC porque o próprio município passaria a fazer as castrações.
A associação, há algum tempo, possui um canil, antes em um local emprestado e atualmente em local alugado. Como a associação não pode acolher todos os animais, assim que estão curados são castrados e colocados para adoção. Se não houver adotante, o animal é solto no mesmo local em que foi encontrado.
A Associação PARC é a única entidade em Congonhas que representa os animais, defendendo os direitos estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos dos Animais, da UNESCO, celebrada na Bélgica em 1978 e da qual o Brasil é signatário, e por outros instrumentos, como o Decreto Federal 24.645/34, a Constituição Federal, a Lei Federal 9.605/98 de Crimes Ambientais, o Decreto Municipal 2.254, de 25/03/92 e a Lei 2.567, também municipal, de 12 de dezembro de 2005.
Até um tempo atrás, os animais de rua eram caçados pela "carrocinha" como potenciais depósitos de doenças e "sacrificados" para o bem-estar da população. Fora os atropelamentos e outras doenças, alguns apresentam apenas doenças de pele ou sarna que, com banhos e tratamento tópico, são completamente curáveis. Antes da atuação da associação no município, todos os animais eram sacrificados. Os membros da associação procuram conscientizar as pessoas sobre a forma humana e digna de como tratar os animais, de não abandoná-los, de fazer denúncia de maus-tratos, assim como conseguimos convencer os nossos governantes de que o extermínio de animais, além de mais caro e indigno, atua na consequência, enquanto a esterilização, mais barata e ética, atua na causa.
Com a parceria renovada com o município, Congonhas poderá ser uma cidade-modelo no tratamento dado aos animais. Uma cidade histórica, Patrimônio Cultural Mundial, visitada anualmente por milhares de romeiros e cidade que faz parte de um circuito visitado por milhares de turistas, merece ser também um exemplo em dignidade.
No mundo atual é dada ênfase ao meio ambiente: devem ser preservados as águas, as matas, os animais silvestres, mas, e os animais urbanos que perambulam pelas ruas, com fome, com sede, doentes?
O ser humano vive em uma sociedade que busca sempre o melhor para si e nós, representantes da Associação PARC, representamos uma parcela da população que ama e respeita os animais, buscando o melhor para eles. Atrelada a isso, existe a questão ambiental: uma cidade sem animais nas ruas (quando todos os animais do município forem castrados e chipados e houver lei de posse responsável efetiva) ou, se houver, somente animais saudáveis, será um lugar aprazível ao homem.

4 - DESCRIÇÃO DO PROJETO / ATIVIDADE	
TÍTULO DO PROJETO / ATIVIDADE: Termo aditivo - Resgate e tratamento dos animais de rua do município de Congonhas	PERÍODO DE EXECUÇÃO: INÍCIO: assinatura do termo aditivo TÉRMINO: 1 ano após assinatura

5 - IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Resgate e tratamento dos animais de rua do município de Congonhas. Os animais de rua doentes ou atropelados, que não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para consulta, procedimentos, exames, internação (se necessário) em clínicas particulares. Se a internação não for necessária ou após, serão levados para o canil da entidade, a fim de terminar o tratamento. Curados, serão colocados em disponibilidade de adoção. Se não forem adotados, serão soltos no mesmo local em que foram resgatados.

6- OBJETIVOS / RESULTADOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

1. Oferecer tratamento para os animais abandonados.
2. Diminuir o nº. de animais nas ruas, pela castração e pela adoção.
3. Eliminar o sofrimento dos animais.
4. Educar a população quanto ao bem-estar dos animais e à posse responsável.
5. Fortalecer a Associação PARC como entidade protetora dos animais.

7 - DIAGNÓSTICO DA REALIDADE (descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades/projetos e as metas a serem atingidas)

Infelizmente, por estarem permanentemente nas ruas porque foram abandonados, os animais (cachorros e gatos) são vítimas de atropelamentos e doenças.
O nº. de animais que perambulam pelas ruas é incontável porque alguns conseguem ser adotados mas, em proporção maior, outros são abandonados.
Então, há que ser feito trabalho de conscientização da população sobre a posse responsável (não abandonar), tanto pelo Poder Público quanto pela entidade.
Concomitante a essa prática, tem que ser dada maior ênfase à castração e à identificação por chip. Só assim, com essas ações sendo executadas pelo Poder Público, com o amparo também de lei de posse responsável vigente e que seja realmente executada (multa para o dono do animal que estiver na rua), pode-se pensar em diminuição do nº. de animais abandonados.
No município de Congonhas há muitos cachorros soltos nas ruas. Há pessoas que adotam mas não mantêm os animais dentro de casa ou do quintal. Soltos, são vítimas de atropelamento ou ficam doentes. Por esse motivo, a associação necessita de recursos para que sejam tratados.

8- PÚBLICO-ALVO (direta e indiretamente)

Cachorros e gatos abandonados nas ruas. Indiretamente, todo o município porque, atrelada ao cuidado com os animais, existe a questão ambiental: uma cidade sem animais nas ruas (quando todos os animais do município forem castrados e chipados e houver lei de posse responsável efetiva) ou, se houver, somente animais saudáveis, será um lugar aprazível ao homem.

9 - METAS A SEREM ATINGIDAS (descrição de metas quantitativas e mensuráveis a serem atingidas)

O tratamento de animais é uma ação constante que não se consegue medir. Não é possível quantificar exatamente quantos animais serão tratados. Podemos dizer que todos que precisarem serão tratados.
A meta a ser atingida é não haver nenhum animal de rua sem tratamento e castração. Não há como especificar indicadores perfeitos para cumprimento da meta de tratamento dos animais de rua porque o objetivo não é limitado. A associação não deixa nenhum animal sem atendimento.
Para a castração, a meta da PARC será castrar 80 animais por mês. Para os atendimentos, pela média de animais atendidos pelas clínicas, estabelecemos a meta de atendimento de 40 cachorros e 8 gatos por mês. Mas, como já dissemos, esse número pode tanto ser menor quanto maior.
Os animais que não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para clínicas particulares.

10-FORMA DE EXECUÇÃO (forma de execução das atividades ou do projeto)

Os animais de rua serão resgatados por membro da Associação PARC e, se não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para clínica veterinária para serem atendidos. Se necessário, serão feitos exames, procedimentos, intervenção cirúrgica.
Se os animais não precisarem ficar internados ou, logo após, serão levados para o canil da entidade para continuar o tratamento.
Após o completo restabelecimento, serão levados para feira de adoção. Se não forem adotados, serão devolvidos ao mesmo local em que foram resgatados.
Os membros da Associação PARC recebem ligações de pessoas informando que determinado animal está

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

precisando de atendimento e vão fazer o resgate. O animal será levado à clínica veterinária, será medicado e, se houver necessidade, ficará internado. Se não, será levado para o canil da associação, onde continuará o tratamento. Curado, será colocado em disponibilidade para adoção. Se não for adotado, será solto no mesmo local em que foi encontrado.

11 - INDICADORES QUANTITATVOS E QUALITATIVOS (definição dos indicadores a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas e avaliação dos resultados)

Como foi dito anteriormente, não há como mensurar o nº. de animais a serem tratados. A Associação PARC tem o compromisso de tratar todos os animais que precisarem.
Para a castração, a meta da PARC será castrar 80 animais por mês. Para os atendimentos, pela média de animais atendidos pelas clínicas, estabelecemos a meta de atendimento de 40 cachorros e 8 gatos por mês. Mas, como já dissemos, esse número pode tanto ser menor quanto maior.
Os animais que não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para clínicas particulares.

12 - JUSTIFICATIVA PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO / ATIVIDADE

No município de Congonhas há muitos animais abandonados que ficam vulneráveis a doenças e atropelamentos. E também animais domiciliados de pessoas carentes que não recebem o tratamento que necessitam. Com esta parceria com o município, aqueles que precisam terão o tratamento que necessitam e merecem, para que Congonhas seja exemplo na forma de amparo aos animais.

13 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META – ETAPA OU FASE)

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	ESTIMATIVA CUSTO		INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	UNID.	QUANT	INÍCIO	TÉRMINO
1. Tratamento dos animais de rua de Congonhas	1.1	Pagamento às clínicas veterinárias	390.000,00	390.000,00	-	1	Assinatura do termo aditivo	1 ano após assinatura

14 - PLANO DE APLICAÇÃO – CONCEDENTE

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:	VALOR INVESTIMENTO: **R$390.000,00**

14 - PLANO DE APLICAÇÃO – PROPONENTE

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:	VALOR INVESTIMENTO:

15 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – CONCEDENTE

META/ETAPA	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
1.1	390.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

15 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – PROPONENTE

META/ETAPA	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

16 - DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro, para fins de prova junto ao município de CONGONHAS, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal que impeça a transferência de recursos financeiros oriundos de dotação consignada no orçamento do município, na forma deste Plano de Trabalho.
Congonhas, abril de 2023.

Proponente: Wagner Magalhães de Assis
Presidente da entidade

17 - PARECER TÉCNICO

Título do projeto / atividade:

Parecer: (X) favorável ( ) não favorável

Texto do parecer: De acordo -

Congonhas, 19 de junho de 2023.

Carla Cristina Yartuli Cavanellas
Diretora da Vigilância em Saúde
Matrícula: 20145204

18-APROVAÇÃO DO CONTROLE INTERNO DA PREFEITURA DE CONGONHAS

O termo encontra guarida legal:

a) ( ) Previsão legal d) ( ) Compatibilidade com a LDO

b) ( ) Previsão orçamentária e) ( ) Compatibilidade com o PPA

c) ( ) Recursos financeiros

DEFERIDO ( ) INDEFERIDO ( )

Congonhas, ___ de _____ de 2023.

_____
Controlador Geral

19 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

19.1 – Comissão de Seleção: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Congonhas, _____/_____/2023 Assinatura: _____

19.2 – Gestor: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Congonhas, _____/_____/2023 Assinatura: _____

20 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

Congonhas, ___ de _____ de 2023.

_____
Prefeito de Congonhas

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO Nº. 03/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CONGONHAS E A ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS – PARC.

O **MUNICÍPIO DE CONGONHAS**, inscrito no CNPJ sob o nº 16.752.446/0001-62, com sede na praça Presidente Kubitschek, 135, Centro, Congonhas/MG, denominado MUNICÍPIO, neste ato representado por seu Prefeito, Cláudio Antônio de Souza, inscrito no RG sob o nº M-1.652.882 e no CPF nº 314.756-986-15 e pelo Secretário Municipal de Saúde, Allan Diego Falci, inscrito no RG sob o nº MG 10634862 e no CPF nº 078.783.536-62 e a **ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS – PARC**, com sede na Rua Dr. Victor de Freitas, 58, Centro, Congonhas/MG, inscrita no CNPJ sob o nº 07.766.906/0001-60, denominada OSC, neste ato representado por seu presidente, Wagner Magalhães de Assis, RG nº. MG-10.336.552 e do CPF nº 055.917.826-39, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo, em conformidade com a legislação vigente, em especial a Lei Federal 13.019/14 e alterações, mediante as seguintes cláusulas e condições.

Processo Administrativo nº. 9074-005/2021

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui-se como objeto do presente termo aditivo a prorrogação do prazo de vigência do Termo de Fomento nº 03/2021 e o estabelecimento dos valores de repasse para o período, conforme plano de trabalho, que é parte integrante e indissociável deste instrumento, mantendo as demais cláusulas inalteradas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

Fica prorrogada por mais 12 meses a partir da assinatura deste Termo Aditivo a vigência do Termo de Fomento nº 03/2021.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO REPASSE

Para a execução das atividades ora estabelecidas, o MUNICÍPIO transferirá à OSC, de acordo com o Cronograma de Desembolso do Plano de Trabalho anexo, o valor total de R$390.000,00 (trezentos e noventa mil reais).

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1 A despesa será custeada à conta da seguinte dotação: ~~Ficha:756. Órgão: 15. Unidade: 01. Função: 10. Subfunção: 305. Programa: 0037. Atividade: 0.075 – Parceria com Entidades – SMS. 3.3.50.41 – Contribuições. Fonte: 1500.~~

CLÁUSULA TERCEIRA- DA RATIFICAÇÃO E PUBLICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos, condições e cláusulas do Termo de Fomento nº 03/2021, não modificados pelo presente instrumento, que terá seu extrato publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município de Congonhas, para surtir todos os efeitos jurídicos, em conformidade à legislação vigente.

Assim avençados, firmam-no os parceiros em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os efeitos jurídicos.

Congonhas, de julho de 2023.

Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC.

Allan Diego Falci
Secretário – SMS

Cláudio Antônio de Souza
Prefeito de Congonhas

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2.927
AD
DCONV

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS Folha Nº _____

Anexo ao Processo Nº _____/_____, de ____/____/____

À PROJUR,

SEGUE PROCESSO PARA ANÁLISE E MANIFESTAÇÃO REFERENTE AO TERCEIRO TERMO ADITIVO COM A PARC.

Congonhas, 07 de julho de 2023.

Att.,

Paola Rossi da Silveira
Diretora Jurídica
DCONV
Mat.120144289

A Dra. Silvia,

Segue processo para analise e parecer.

10/07/23

Dayane Antonieci Moreira Gonçalves
Procuradora Adjunta
Matrícula 20144348
OAB/MG 201.520

PMC-0023

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Folha Nº 2928

Anexo ao Processo Nº 0009047 / 2021, de 11 / 07 / 2023

À Diretoria de Convênios
- SEPLAG

Solicito o encaminhamento do volume 4 do presente processo, para que esta Procuradoria possa emitir um parecer mais seguro após tomar conhecimento do contexto que perpassa o pedido do presente termo aditivo.

Atenciosamente,

Júlia Fernandes Pereira
Procuradora Adjunta
matrícula 20145376
OAB/MG 225.454

Ao Secretário de saúde, para a juntada do plano de Trabalho atualizado.

Júlia Fernandes Pereira
Procuradora Adjunta
Matrícula 20145376
OAB/MG 225.454

31/07/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS Folha Nº 2929

Anexo ao Processo Nº _____/_____, de ____/____/____

À PROJUR,

A/C de Marcelo Armando ou Ricardo Gomes;

Segue processo para análise e manifestação referente ao 3º aditivo com a PARC, por oportuno informamos se tratar de aditivo de valor em razão do aumento de serviços.

Congonhas, 17 de agosto de 2023

Att.,

Paola Ross de Oliveira
Diretora de Área
DCONV/CEPLAG
Mat.: 20144289

PMC-0023

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
293
DCONV

Liberação de parcela - PARC

Otavio Augusto Miranda Oliveira
Sex, 21/07/2023 14:58

Para:Carla Cristina Vartuli Cavanellas <carla.cavanellas@congonhas.mg.gov.br>;Edilene Maria Marcossi <edilene@congonhas.mg.gov.br>

Prezada Carla, boa tarde!

Em conformidade com o Termo de Fomento nº 003/2021, celebrado entre o Município e a Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, informamos que a entidade apresentou prestação de contas das últimas parcelas repassadas.
Portanto, verificado pela gestora e pela secretaria responsável os cumprimentos dos demais requisitos estabelecidos na parceria, poderá ser solicitada à SEFAZ a **liberação das próximas duas parcelas** do 2º Termo Aditivo ao Termo de Fomento 003/2021, **nos valores de R$ 33.550,00 cada.**

atenciosamente,

Otávio Miranda
Convênios e Prestações de Contas
Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2933
- DCONV -

Liberação de Parcela - PARC

Otavio Augusto Miranda Oliveira
Qua, 17/05/2023 09:22
Para:Carla Cristina Vartuli Cavanellas <carla.cavanellas@congonhas.mg.gov.br>
Cc:Viviane Teresa Crespo de Castro <vivianecrespo@congonhas.mg.gov.br>

Prezada Carla, bom dia!

Em conformidade com o Termo de Fomento nº 003/2021, celebrado entre o Município e a Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, informamos que a entidade apresentou prestação de contas das últimas parcelas repassadas.
Portanto, verificado pela gestora e pela secretaria responsável os cumprimentos dos demais requisitos estabelecidos na parceria, poderá ser solicitada à SEFAZ a **liberação das próximas duas parcelas** do 2º Termo Aditivo ao Termo de Fomento 003/2021, **de abril e maio, nos valores de R$ 33.550,00 cada.**

atenciosamente,

Otávio Miranda
Convênios e Prestações de Contas
Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
293
DCONV

Ofício PMC/SEPLAG/DCONV/105/2023
Congonhas, 20 de abril de 2023

CÓPIA

Ilmo Sr.
Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas - PARC

Prezado Senhor:

Segue em anexo o Relatório de Prestação de Contas das Entidades Beneficiadas com Recursos Financeiros do Município nº 01/2023, referente à análise da prestação de contas do Termo de Fomento nº 04/2021, de outubro/2022 a janeiro/2023 e apontamentos das pendências das prestações anteriores que ainda não foram sanadas.

Aguardamos o prazo de 15 dias úteis para a resposta da entidade.

Atenciosamente.

Carla Cristina Yarfull Cavanellas
Diretora da Vigilância em Saúde
Matrícula: 20145204
Carla Cavanellas
Gestora – PARC

Paola Rossi
Diretora de Área - Convênios
Secretaria de Planejamento e Gestão - Seplag

RECEBEMOS EM 15.05.2023

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 2933
DCONV

Ofício nº PARC/009/2023

Congonhas, 9 de maio de 2023

À

Diretoria de Convênios

Prefeitura de Congonhas

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, CNPJ nº 07.766.906/0001-60, criada em 7 de agosto de 2005 como uma organização não governamental de direito privado, atualmente designada Organização da Sociedade Civil – OSC, de caráter filantrópico e assistencial de proteção aos animais, sem fins lucrativos, com sede na rua Delfina Santos Corrêa, 173, Cristo Rei, Congonhas/MG, apresenta a prestação de contas referente à 1ª parcela repassada pelo município, em conformidade com o Segundo Termo Aditivo ao Termo de Fomento nº. 03/2021.

Atenciosamente.

Wagner Magalhães de Assis

Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

RECEBIDO
15/05/23
2019531

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2539
DCONV

DECLARAÇÃO

Congonhas, 9 de maio de 2023

Eu, Wagner Magalhães de Assis, presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, CNPJ nº 07.766.906/0001-60, criada em 7 de agosto de 2005 como uma organização não governamental de direito privado, atualmente designada Organização da Sociedade Civil – OSC, de caráter filantrópico e assistencial de proteção aos animais, sem fins lucrativos, com sede na rua Delfina Santos Corrêa, 173, Cristo Rei, Congonhas/MG, declaro que, na execução das despesas do Termo de Fomento nº. 03/2021, cujo objeto é "tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas", são seguidos os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, motivação e interesse público.

Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 293
DCONV

DECLARAÇÃO

Congonhas, 9 de maio de 2023

Eu, Edilene Maria Marcossi, vice-presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, CNPJ nº 07.766.906/0001-60, criada em 7 de agosto de 2005 como uma organização não governamental de direito privado, atualmente designada Organização da Sociedade Civil – OSC, de caráter filantrópico e assistencial de proteção aos animais, sem fins lucrativos, com sede na rua Delfina Santos Corrêa, 173, Cristo Rei, Congonhas/MG, declaro que será apresentado depósito de R$560,77 na conta 3005-5, da PARC, na prestação de contas referente ao mês de maio, para ressarcimento das seguintes despesas:

R$45,00 – PIX Marketplace – Mercado Pago – 07/02/2023 – frete (valor dos produtos na NF 000.009.458: R$994,90. Valor pago: R$1.039,90).

R$32,96 – Rede Reta – 16/02/2023 – NF 000.033.000 - juros.

R$74,34 – Mercado Pago.com Representações Ltda. – 22/02/2023 – frete (valor dos produtos na NF222: R$779,40. Valor pago: R$853,74).

R$250,00 - Mercado Pago.com Representações Ltda. – 24/02/2023 – sem NF.

R$35,25 – Americanas.com Americanas S/A – 27/02/2023 – frete (várias notas – valor pago: R$1.450,82).

R$57,22 - Americanas.com Americanas S/A – 27/02/2023 – sem NF.

R$66,00 – tarifas bancárias.

Declaramos que foi pago aos funcionários do Centro de Castração Animal São Francisco de Assis mais do que especificado no Plano de Trabalho porque eles receberam a diferença de 19 (quando começaram a trabalhar no CCA) a 31 de dezembro de 2022.

Declaramos que, no dia 15/02/2023 houve pagamento de R$500,00 a Karine Goulart Maia, como adiantamento de salário. A nota fiscal foi emitida no final do mês.

Declaramos que foi pago no dia 24/02/2023 o valor de R$6.068,25 ao Mercado Pago.com Representações Ltda. referente a aquisições de medicamentos. Porém, dias depois, informaram que 3 empresas não entregariam alguns produtos e que seria reembolsado o valor de R$1.622,64 ou ele poderia ser usado para comprar outros produtos. Optamos por usar para comprar outros produtos (comprovante anexo). Portanto, o valor da aquisição ficou em R$4.445,61.

Declaramos que a Associação PARC adquiriu da Cirúrgica Rio de Janeiro Ltda. – ME produtos que somaram o valor de R$1.059,50, pago no dia 24/02/2023. Dias depois, a empresa informou que alguns produtos não poderiam ser entregues e reembolsou o valor de R$502,20. Portanto, a aquisição ficou no valor de R$557,30, conforme nota fiscal.

Edilene Maria Marcossi

Vice-presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2936
DCONV

Voltar | Imprimir

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Certificado de Regularidade do FGTS - CRF

Inscrição: 07.766.906/0001-60
Razão Social: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE CONGONHAS
Endereço: RUA DOUTOR VICTOR DE FREITAS 58 / CENTRO / CONGONHAS / MG / 36415-000

A Caixa Econômica Federal, no uso da atribuição que lhe confere o Art. 7, da Lei 8.036, de 11 de maio de 1990, certifica que, nesta data, a empresa acima identificada encontra-se em situação regular perante o Fundo de Garantia do Tempo de Servico - FGTS.

O presente Certificado não servirá de prova contra cobrança de quaisquer débitos referentes a contribuições e/ou encargos devidos, decorrentes das obrigações com o FGTS.

Validade:28/04/2023 a 27/05/2023

Certificação Número: 2023042801383470743142

Informação obtida em 04/05/2023 15:15:41

A utilização deste Certificado para os fins previstos em Lei esta condicionada a verificação de autenticidade no site da Caixa: **www.caixa.gov.br**

SECRETARIA DE ESTADO DE FAZENDA DE MINAS GERAIS

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2932
DCONV

CERTIDÃO DE DÉBITOS TRIBUTÁRIOS

Negativa

CERTIDÃO EMITIDA EM: 04/05/2023

CERTIDÃO VALIDA ATÉ: 02/08/2023

NOME: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS		
CNPJ/CPF: 07.766.906/0001-60		
LOGRADOURO: RUA DELFINA SANTOS CORREA		NÚMERO: 173
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CRISTO REI	CEP: 36414438
DISTRITO/POVOADO:	MUNICÍPIO: CONGONHAS	UF: MG

Ressalvado o direito de a Fazenda Pública Estadual cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que:

1. Não constam débitos relativos a tributos administrados pela Fazenda Pública Estadual e/ou Advocacia Geral do Estado;

2. No caso de utilização para lavratura de escritura pública ou registro de formal de partilha, de carta de adjudicação expedida em autos de inventário ou de arrolamento, de sentença em ação de separação judicial, divórcio, ou de partilha de bens na união estável e de escritura pública de doação de bens imóveis, esta certidão somente terá validade se acompanhada da Certidão de Pagamento / Desoneração do ITCD, prevista no artigo 39 do Decreto 43.981/2005.

Certidão válida para todos os estabelecimentos da empresa, alcançando débitos tributários do sujeito passivo em Fase Administrativa ou inscritos em Dívida Ativa.

IDENTIFICAÇÃO	NÚMERO DO PTA	DESCRIÇÃO

A autenticidade desta certidão deverá ser confirmada através de aplicativo disponibilizado pela Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais, na internet: http://www.fazenda.mg.gov.br => Empresas => Certificação da Autenticidade de Documentos.

CÓDIGO DE CONTROLE DE CERTIDÃO:2023000644287547

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
293
DCONV

LANÇAMENTOS REFERENTES
APENAS AOS RECURSOS
DO TERMO DE FOMENTO

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2939
- DCONV -

DECLARAÇÃO

Eu, Tiago Felipe Ferreira Lobo, portador do CPF nº 078.175.476-9, declaro que recebi a quantia de R$970,00 (novecentos e setenta reais) na data de 11/11/2022 e repassei integralmente a Marcos Adriano Antônio Silva, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque este não possui conta em Banco.

Assinatura: Tiago Felipe Ferreira Lobo

Eu, Marcos Adriano Antônio Silva, portador do CPF nº 870.114.766-87, declaro que recebi a quantia de R$970,00 (novecentos e setenta reais) de Tiago Felipe Ferreira Lobo na data de 11/11/2022, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque não possuo conta em Banco.

Assinatura: _____

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 294
DCONV

DECLARAÇÃO

Eu, Tiago Felipe Ferreira Lobo, portador do CPF nº 078176796-92, declaro que recebi a quantia de R$480,00 (quatrocentos e oitenta reais) na data de 18/11/2022 e repassei integralmente a Marcos Adriano Antônio Silva, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque este não possui conta em Banco.

Assinatura: Tiago Felipe Ferreira Lobo

Eu, Marcos Adriano Antônio Silva, portador do CPF nº 870.114.766-87, declaro que recebi a quantia de R$480,00 (quatrocentos e oitenta reais) de Tiago Felipe Ferreira Lobo na data de 18/11/2022, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque não possuo conta em Banco.

Assinatura: _____

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 2941
DCONV

DECLARAÇÃO

Eu, Tiago Felipe Ferreira Lobo, portador do CPF nº [illegible], declaro que recebi a quantia de R$600,00 (seiscentos reais) na data de 25/11/2022 e repassei integralmente a Marcos Adriano Antônio Silva, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque este não possui conta em Banco.

Assinatura: Tiago Felipe Ferreira Lobo

Eu, Marcos Adriano Antônio Silva, portador do CPF nº 870.114.766-87, declaro que recebi a quantia de R$600,00 (seiscentos reais) de Tiago Felipe Ferreira Lobo na data de 25/11/2022, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque não possuo conta em Banco.

Assinatura: [illegible]

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 194
- DCONV -

DECLARAÇÃO

Eu, Sidnei Celestino Assis, portador do CPF nº 065.794.946-97, declaro que recebi a quantia de R$600,00 (seiscentos reais) na data de 02/12/2022 e repassei integralmente a Marcos Adriano Antônio Silva, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque este não possui conta em Banco.

Assinatura: Sidnei Celestino Assis

Eu, Marcos Adriano Antônio Silva, portador do CPF nº 870.114.766-87, declaro que recebi a quantia de R$600,00 (seiscentos reais) de Sidnei Celestino Assis na data de 02/12/2022, para pagamento do trabalho de pedreiro no canil da PARC, porque não possuo conta em Banco.

Assinatura: _____

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 243
DCONV

DECLARAÇÃO

Eu, Wagner Magalhães de Assis, portador do RG nº MG-10.336.552 e do CPF nº 055.917.826-39, declaro que recebi a quantia de R$140,00 (cento e quarenta reais) na data de 13/01/2023 e repassei integralmente a Sérgio Celestino de Assis, para pagamento do trabalho de ajudante de pedreiro no canil da PARC, porque este não possui conta em Banco.

Assinatura: Wagner Magalhães de Assis

Eu, Sérgio Celestino de Assis, portador do CPF nº 971.757.306-91, declaro que recebi a quantia de R$140,00 (cento e quarenta reais) de Wagner Magalhães de Assis na data de 13/01/2023, para pagamento do trabalho de ajudante de pedreiro no canil da PARC, porque não possuo conta em Banco.

Assinatura: Sérgio Celestino de Assis

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2344 - DCONV -

ANEXO E

Relatório de Execução Físico-Financeira

Executor	Nº. Termo
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TERMO DE FOMENTO 03/2021 - 2º TA

Mês/Ano: FEVEREIRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1	Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023	Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

FÍSICO = PORCENTAGEM DOS GASTOS

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Programado	Executado	Programado	Executado
1 - Tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas	1	Medicamentos para tratamento e castração	mês	100%	16,59%	100%	16,59%
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	100%	10,97%	100%	10,97%
	2.2	2 auxiliares	mês	100%	12,03%	100%	12,03%
	2.3	3 Serviços gerais no canil/gatil e na clínica: fazer a limpeza (canil e clínica), alimentar e dar os medicamentos aos animais durante a semana	mês	100%	5,86%	100%	5,86%
	2.4	1 recepcionista	mês	100%	13,33%	100%	13,33%
	3	Exames	mês	100%	0,00%	100%	0,00%
	4	Combustível	mês	100%	12,75%	100%	12,75%

FINANCEIRO = DEVEM SER LANÇADOS VALORES EM REAIS

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Total item PT	Valor gasto PC	Total item PT	TOTAL
1 - Tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas	1	Medicamentos para tratamento e castração	mês	72.000,00	11.951,38	72.000,00	11.951,38
	2	Profissionais					
	2.1	2 veterinários - 30h/sem	mês	144.000,00	15.800,00	144.000,00	15.800,00
	2.2	2 auxiliares	mês	37.800,00	4.547,50	37.800,00	4.547,50
	2.3	3 Serviços gerais no canil/gatil e na clínica: fazer a limpeza (canil e clínica), alimentar e dar os medicamentos aos animais durante a semana	mês	54.600,00	3.200,00	54.600,00	3.200,00
	2.4	1 recepcionista	mês	16.200,00	2.160,00	16.200,00	2.160,00
	3	Exames	mês	30.000,00	0,00	30.000,00	0,00
	4	Combustível	mês	12.000,00	1.531,07	12.000,00	1.531,07
TOTAL GERAL				366.600,00	39.189,95	366.600,00	39.189,95

Congonhas, 9 de maio de 2023 .

Executor

Responsável pelo preenchimento

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 065 DCONV

ANEXO E

Relatório de Execução Físico-Financeira

Executor	Nº. Termo
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TERMO DE FOMENTO 03/2021 - 2º TA

Mês/Ano

FEVEREIRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1		Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023	Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____	

FÍSICO = PORCENTAGEM DOS GASTOS

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Programado	Executado	Programado	Executado
1 - Tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas	5	Aluguel de uma área para funcionamen do canil/gatil até a construção do canil/ gatil definitivo	mês	100%	7,50%	100%	7,50%
	6	Aluguel de uma casa para funcionamen da clínica veterinária	mês	100%	0,00%	100%	0,00%
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	100%	65,59%	100%	65,59%
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	100%	0,00%	100%	0,00%
	9	Alimento para cães e gatos	-	100%	0,00%	100%	0,00%
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	100%	4,64%	100%	4,64%

0

Meta	Etapa Fase	Descrição	Unidade	Realizado no Período		Realizado até o Período	
				Total item PT	Valor gasto PC	Total item PT	TOTAL
1 - Tratamento e castração dos animais de rua de Congonhas	5	Aluguel de uma área para funcionamen do canil/gatil até a construção do canil/ gatil definitivo	mês	24.000,00	1.800,00	24.000,00	1.800,00
	6	Aluguel de uma casa para funcionamen da clínica veterinária	mês	12.000,00	0,00	12.000,00	0,00
	7	Recurso para pagamento às clínicas	-	170.000,00	111.503,60	170.000,00	111.503,60
	8	Veículo (manutenção/seguroi/impostos/ garagem)	-	10.000,00	0,00	10.000,00	0,00
	9	Alimento para cães e gatos	-	60.000,00	0,00	60.000,00	0,00
	10	Equipamentos/insumos para a clínica	-	30.000,00	1.394,90	30.000,00	1.394,90
TOTAL GERAL				306.000,00	114.698,50	306.000,00	114.698,50

Congonhas, 9 de maio de 2023 .

Executor

Responsável pelo preenchimento

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2946 - DCONV -

ANEXO F

Execução da Receita e da Despesa

Executor	Nº. Termo	Mês/Ano
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TERMO DE FOMENTO 03/2021-2º TA	FEV/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1	Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023	Período	____/____/____ a ____/____/____

RECEITA Valores Recebidos Inclusive os Rendimentos		DESPESA Despesas Realizadas Conforme Relação de Pagamentos	
DISCRIMINAÇÃO	VALOR	CREDOR	VALOR
PMC	203.550,00	SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	2.150,00
Rendimento líquido (bruto - IR - IOF)	438,79	ANA FLÁVIA SILVA BARROS	2.160,00
		ANA LUISE DA SILVA	2.700,00
		PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	2.397,50
		LUCAS ROCHA DIAS	7.200,00
		ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	8.600,00
		PSV - PRONTO SOCORRO VETERINÁRIO EIRELI	15.492,69
		PSV VETERINÁRIO LTDA.	11.909,29
		CLÍNICA VETERINÁRIA MUNDO ANIMAL LTDA.	80.258,02
		PIX MARKETPLACE-MERCADO PAGO/KEY SOLUÇÕES EM ARMAZENAGEM	1.039,90
		JEAN CRISTO TEIXEIRA CIARALLO - CENTRO VETERINÁRIO SÃO FRANC	3.843,60
		PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA.	2.108,06
		GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	1.800,00
		KARINE GOULART MAIA	500,00
		REDE RETA LTDA.	1.531,07
		MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./BSA COMÉRCIO DE PR	853,74
		MAGALU PAGAMENTOS LTDA. - E-LIFE SAÚDE COMÉRCIO ATACADISTA	117,30
		MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA.	6.068,25
		PAG BRASIL PAGAMENTOS ELETRÔNICOS LTDA./CIRÚRGICA RIO DE JA	1.059,50
		MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./H.MED PRODUTOS MÉ	293,71
		AMERICANAS.COM AMERICANAS S/A	1.450,82
		MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./MIMOTO COMÉRCIO E	355,00
TOTAL GERAL	203.988,79		153.888,45

Congonhas, 9 de maIo de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

ANEXO G

Relação de Pagamentos

Executor	Nº. Termo	Mês/Ano
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TERMO DE FOMENTO 03/2021 - 2º TA	FEVEREIRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1	Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023	Período	___/___/___ a ___/___/___

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
1	SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA	059.533.996-42	14891486221	01/02/2023	2.150,00	33558	01/02/2023	2.150,00
2	ANA FLÁVIA SILVA BARROS	128.104.976-05	14891594003	01/02/2023	2.160,00	33560	01/02/2023	2.160,00
3	ANA LUISE DA SILVA	125.816.546-51	14891580109	01/02/2023	1.935,00	33561	01/02/2023	1.935,00
4	PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA	136.433.826-26	14891638868	01/02/2023	2.397,50	33559	01/02/2023	2.397,50
5	LUCAS ROCHA DIAS	124.773.786-19	14934681649	03/02/2023	7.200,00	33577	02/02/2023	7.200,00
6	ISABELLA GONÇALVES ARRUDA BARBOSA	054.869.626-81	14936216088	03/02/2023	8.600,00	33578	02/02/2023	8.600,00
7	PSV - PRONTO SOCORRO VETERINÁRIO EIRELI	31.441.340/0001-81	14944327813	03/02/2023	12.832,69	202300000000035	15/05/2023	12.832,69
8	PS VETERINÁRIO LTDA.	48.332.358/0001-48	00115739	06/02/2023	11.909,29	20	13/01/2023	11.909,29
9	CLÍNICA VETERINÁRIA MUNDO ANIMAL LTDA.	11.155.551/0001-40	14996616042	06/02/2023	20.258,02	NF's já apresentadas	INFORMAR QUAL NF CORRESP.	
10	~~PIX MARKETPLACE-MERCADO PAGO~~/KEY SOLUÇÕES EM ARMAZENAGEM LTDA.	10.573.521/0001-91	15037065338	07/02/2023	1.039,90	000.009.458	11/04/2023	1.172,90
11	JEAN CRISTO TEIXEIRA CIARALLO - CENTRO VETERINÁRIO SÃO FRANCISCO LTDA.	06.123.854/0001-41	15085136838	09/02/2023	1.980,00	202300000000014	17/02/2023	3.843,60
12	ANA LUISA TOLEDO DE CASTRO / PSV - PRONTO SOCORRO VETERINÁRIO EIRELI	31.441.340/0001-81	15085412461	09/02/2023	2.660,00	202300000000014	09/02/2023	2.660,00
13	CLÍNICA VETERINÁRIA MUNDO ANIMAL LTDA.	11.155.551/0001-40	15114471797	10/02/2023	60.000,00	NF's já apresentadas	NF	
TOTAL					135.122,40			56.860,98

Congonhas, 9 de maIo de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 2942

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

ANEXO G

Relação de Pagamentos

Executor	Nº. Termo	Mês/Ano
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TERMO DE FOMENTO 03/2021 - 2º TA	FEVEREIRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1		Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023		Período	____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
14	PIOVETSS COMÉRCIO PET LTDA.	04.487.083/0001-46	045153951	14/02/2023	2.108,06	332476	06/02/2023	2.108,06
15	GERALDO SOARES DE OLIVEIRA	970.893.626-04	15196690559	14/02/2023	1.800,00	33623	10/02/2023	1.800,00
16	KARINE GOULART MAIA	080.595.427-96	15242019025	15/02/2023	500,00	DECLARAÇÃO	?	
17	REDE RETA LTDA.	03.156.454/0001-44	047238212	16/02/2023	1.531,07	000.033.000	01/02/2023	1.498,11
18	CENTRO VETERINÁRIO SÃO FRANCISCO LTDA.	06.123.854/0001-41	15281624592	17/02/2023	1.863,60	202300000000014	17/02/2023	3.843,60
19	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./BSA COMÉRCIO DE PRODUTOS DESCARTÁVEIS MÉDICO HOSPITALARES LTDA.	~~10.573.521/0001-91~~ MERCADO PAGO	053466412	22/02/2023	853,74	222	23/02/2023	865,74
20	MAGALU PAGAMENTOS LTDA. - E-LIFE SAÚDE COMÉRCIO ATACADISTA, EXPORTAÇÃO E IMPORTAÇÃO LTDA.	~~17.948.578/0001-77~~ MAGALU	053468230	22/02/2023	117,30	000948	23/02/2023	117,30
21	ANA LUISE DA SILVA	125.816.546-51	15416348064	23/02/2023	765,00	33688	23/02/2023	765,00
22	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./L B COMÉRCIO PET LTDA.	~~10.573~~.521/0001-91	055204589	24/02/2023	6.068,25	000.012.841	25/02/2023	1.872,00
23	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./RRP DISTRIBUIDORA COMÉRCIO E	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	000.127.782	27/02/2023	529,45
24	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./FERNANDO DE OLIVEIRA SILVA	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	000.010.593	25/02/2023	89,80
25	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./MONTE ALTO COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS E	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	000.033.311	27/02/2023	299,80
26	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./RDM MARKETING E CONSULTORIA LTDA.	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	000016	27/02/2023	55,48
					15.607,02			13.844,34

Congonhas, 9 de maio de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

PREFEITURA M. CONGONHAS - DACO - FOLHA

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

ANEXO G

Relação de Pagamentos

Executor	Nº. Termo	Mês/Ano
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TERMO DE FOMENTO 03/2021 - 2º TA	FEVEREIRO/2023

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1	Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023	Período	___/___/___ a ___/___/___

Item	Credor	CNPJ/CPF	Nº. CH/OB	Data CH/OB	Valor	Nº. Nota Fiscal	Data Nota Fiscal	Valor
27	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./ICJ COMERCIAL LTDA.	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	000.006.473	25/02/2023	192,88
28	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./BELEZA SAÚDE VETERINÁRIA	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	SERÁ APRESENTADA		656,00
29	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./PET WEB	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	SERÁ APRESENTADA		499,95
30	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./LUCAS MIRANDA	10.573.521/0001-91	055204589	24/02/2023	IDEM	DECLARAÇÃO		250,00
31	PAG BRASIL PAGAMENTOS ELETRÔNICOS LTDA./CIRÚRGICA RIO DE JANEIRO LTDA. ME	14.630.124/0001-65	055206205	24/02/2023	1.059,50	168649	15/03/2023	557,30
32	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./H.MED PRODUTOS MÉDICOS LTDA. ME	10.573.521/0001-91	058538423	27/02/2023	293,71	000.002.675	28/02/2023	293,71
33	AMERICANAS.COM AMERICANAS S/A/LEONARDO TIAGO DOS SANTOS	00.776.574/0001-56	058539453	27/02/2023	1.450,82	000136	28/02/2023	499,50
34	AMERICANAS.COM AMERICANAS S/A/CIRÚRGICA ANÁLIA FRANCO	00.776.574/0001-56	058539453	27/02/2023	IDEM	000024	28/02/2023	579,36
35	AMERICANAS.COM AMERICANAS S/A/MEGG COMERCIAL LTDA.	00.776.574/0001-56	058539453	27/02/2023	IDEM	000.009.490	28/02/2023	279,49
36	AMERICANAS.COM AMERICANAS S/A/LUCAS MIRANDA	00.776.574/0001-56	058539453	27/02/2023	IDEM	DECLARAÇÃO		57,22
37	MERCADO PAGO.COM REPRESENTAÇÕES LTDA./MIMOTO COMÉRCIO E INDÚSTRIA LTDA.	10.573.521/0001-91	058540451	27/02/2023	355,00	006948	02/05/2023	355,00
					3.159,03			4.220,41

Congonhas, 9 de maio de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 2949

MUNICÍPIO DE CONGONHAS
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DIRETORIA DE ACOMPANHAMENTO DE CONVÊNOS - DACO

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 295 - DCONV -

ANEXO I

Conciliação Bancária

EXECUTOR	Nº. TERMO	MÊS/ANO
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC	TF 03/2021-2º TA	FEVEREIRO/2023

PROJETO/AÇÃO
TRATAMENTO E CASTRAÇÃO DOS ANIMAIS DE RUA E DE PESSOAS DE BAIXA RENDA

Prestação de Contas

Parcial	Execução da parcela nº. 1		Final ou Única	
Período	01/02 a 28/02/2023		Período	__ / ____ / ____ a ____ / ____ / __

CONTA CORRENTE	BANCO	AGÊNCIA
3005-5	104	1044

Valores em R$

CRÉDITO	
SALDO ANTERIOR	1.299,21
DEPÓSITO PMC	203.550,00
DEPÓSITO ENTIDADE	0,00
RENDIMENTO LÍQUIDO DE APLICAÇÃO FINANCEIRA (rendimento bruto - IR - IOF)	438,79
OUTROS	0,00
TOTAL CRÉDITO	205.288,00

DÉBITO	
TARIFAS BANCÁRIAS	66,00
OPERAÇÕES BANCÁRIAS/TRANSFERÊNCIAS ELETRÔNICAS	153.888,45
OUTROS	
TOTAL DÉBITO	153.954,45

SALDO ATUAL (CRÉDITO - DÉBITO)	DATA DO SALDO =	28/02/2023	51.333,55

DESPESAS PENDENTES		VALOR	
SALDO APÓS COMPENSAÇÃO DAS DESPESAS PENDENTES			51.333,55

Congonhas, 9 de maio de 2023

Executor

Responsável pelo preenchimento

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2951 DCONV

Extrato por período

Cliente: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

Conta: 1044 | 003 | 00003005-5

Data: 17/03/2023 - 10:20

Mês: Fevereiro/2023

Período: 1 - 28

Extrato

Data Mov.	Nr. Doc.	Histórico	Valor	Saldo
	000000	SALDO ANTERIOR	0,00	0,00
01/02/2023	011245	CRED TEV	203.550,00 C	203.550,00 C
01/02/2023	011726	ENVIO PIX	2.150,00 D	201.400,00 C
01/02/2023	011730	ENVIO PIX	2.160,00 D	199.240,00 C
01/02/2023	011730	ENVIO PIX	1.935,00 D	197.305,00 C
01/02/2023	011731	ENVIO PIX	2.397,50 D	194.907,50 C
01/02/2023	000000	SALDO DIA		194.907,50 C
02/02/2023	241043	APLICACAO	194.907,49 D	0,01 C
02/02/2023	000000	SALDO DIA		0,01 C
03/02/2023	031342	ENVIO PIX	7.200,00 D	7.199,99 D
03/02/2023	031436	ENVIO PIX	8.600,00 D	15.799,99 D
03/02/2023	031851	ENVIO PIX	12.832,69 D	28.632,68 D
03/02/2023	727220	RESG AUTOM	28.632,68 C	0,00 C
03/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
06/02/2023	115739	ENVIO TED	11.909,29 D	11.909,29 D
06/02/2023	061103	ENVIO PIX	20.258,02 D	32.167,31 D
06/02/2023	115739	DOC/TED INTERNET	11,00 D	32.178,31 D
06/02/2023	727220	RESG AUTOM	32.178,31 C	0,00 C
06/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
07/02/2023	071614	ENVIO PIX	1.039,90 D	1.039,90 D
07/02/2023	727220	RESG AUTOM	1.039,90 C	0,00 C
07/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
08/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
09/02/2023	091249	ENVIO PIX	1.980,00 D	1.980,00 D
09/02/2023	091258	ENVIO PIX	2.660,00 D	4.640,00 D
09/02/2023	727220	RESG AUTOM	4.640,00 C	0,00 C
09/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
10/02/2023	101439	ENVIO PIX	60.000,00 D	60.000,00 D



10/02/2023	727220	RESG AUTOM	60.000,00 C	0,00 C
10/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
13/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
14/02/2023	153951	PAG BOLETO	2.108,06 D	2.108,06 D
14/02/2023	141015	ENVIO PIX	1.800,00 D	3.908,06 D
14/02/2023	727220	RESG AUTOM	3.908,06 C	0,00 C
14/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
15/02/2023	151912	ENVIO PIX	500,00 D	500,00 D
15/02/2023	727220	RESG AUTOM	500,00 C	0,00 C
15/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
16/02/2023	238212	PAG BOLETO	1.531,07 D	1.531,07 D
16/02/2023	727220	RESG AUTOM	1.531,07 C	0,00 C
16/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
17/02/2023	170954	ENVIO PIX	1.863,60 D	1.863,60 D
17/02/2023	727220	RESG AUTOM	1.863,60 C	0,00 C
17/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
22/02/2023	466412	PAG BOLETO	853,74 D	853,74 D
22/02/2023	468230	PAG BOLETO	117,30 D	971,04 D
22/02/2023	727220	RESG AUTOM	971,04 C	0,00 C
22/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
23/02/2023	231834	ENVIO PIX	765,00 D	765,00 D
23/02/2023	727220	RESG AUTOM	765,00 C	0,00 C
23/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
24/02/2023	204589	PAG BOLETO	6.068,25 D	6.068,25 D
24/02/2023	206205	PAG BOLETO	1.059,50 D	7.127,75 D
24/02/2023	727220	RESG AUTOM	7.127,75 C	0,00 C
24/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
27/02/2023	538423	PAG BOLETO	293,71 D	293,71 D
27/02/2023	539453	PAG BOLETO	1.450,82 D	1.744,53 D
27/02/2023	540451	PAG BOLETO	355,00 D	2.099,53 D
27/02/2023	000000	MANUT CTA	55,00 D	2.154,53 D
27/02/2023	727220	RESG AUTOM	2.154,53 C	0,00 C
27/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C
28/02/2023	000000	SALDO DIA		0,00 C

SAC CAIXA: 0800 726 0101
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474
Alô CAIXA: 0800 104 0104

CAIXA

Extrato Mensal Consolidado por Conta de Fundos de Investir

Fevereiro/

Data de emissão: 22/0

Administradora	*Endereço*	*CNPJ da Administradora*
Caixa Econômica Federal	SBS - Quadra 4 - Lotes 3/4 Brasília - DF	00.360.305/0001-04

Investidor	*CPF/CNPJ*
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA	07.766.906/0001-60

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 295 DCONV

Resumo Consolidado da Movimentação

Saldo Bruto Anterior	1.299,21C
Aplicações	194.907,49C
Resgates	145.311,94D
Resgate em Trânsito	0,00
Eventos	0,00
Taxa operacional	0,00
Saldo Bruto Atual	51.333,55C
Rendimento Bruto no Mês	662,57C

Dados Consolidados da Tributação

Tipo de fundo:	Renda Fixa (6800)	Renda Variável
Rend. Base Trib.	139,61C	
IR	31,69D	
IOF	192,09D	

Rentabilidade por Fundo

	No Mês (%)	No Ano (%)	Cota em: 31/01/2023	Cota em: 28/02/2023
FACIL SIMPLES	0,78	1,75	3,898261	3,928

Movimentação por Fundo

Conta				
1044.0003.000000003005-5	Aplicações	Resgates	Saldo Bruto	Rentab. Mês
FACIL SIMPLES	194.907,49C	145.311,94D	51.333,55C	662

Movimentação Detalhada

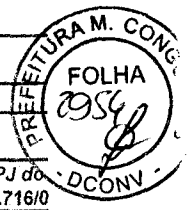
Conta 1044.0003.000000003005-5

Código	*Fundo*		*CNPJ do*
0088	CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES		05.114.716/0
Data	*Histórico*	*Valor R$*	*Qtde de*
02/02	APLICACAO	194.907,49C	49.955,
03/02	RESGATE AUT	28.632,68D	7.339,9
	IRRF	6,33D	
	IOF	11,41D	
	RENDIMENTO	38,15C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	26,74C	
06/02	RESGATE AUT	32.178,31D	8.246,8
	IRRF	0,87D	
	IOF	24,04D	
	RENDIMENTO	27,95C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	3,91C	
07/02	RESGATE AUT	1.039,90D	266,4
	IRRF	0,05D	
	IOF	1,12D	
	RENDIMENTO	1,35C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	0,23C	
09/02	RESGATE AUT	4.640,00D	1.188,7
	IRRF	0,54D	
	IOF	7,66D	
	RENDIMENTO	10,07C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	2,41C	
10/02	RESGATE AUT	60.000,00D	15.369,7
	IRRF	9,50D	
	IOF	114,21D	
	RENDIMENTO	156,45C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	42,24C	
14/02	RESGATE AUT	3.908,06D	1.000,9
	IRRF	1,22D	

CAIXA

Extrato Mensal Consolidado por Conta de Fundos de Investim
Fevereiro/
Data de emissão: 22/0

Movimentação Detalhada



Conta 1044.0003.000000003005-5

Código	Fundo		CNPJ do
0088	CAIXA FACIL RENDA FIXA SIMPLES		05.114.716/0
Data	Histórico	Valor R$	Qtde de
	IOF	8,15D	
	RENDIMENTO	13,58C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	5,43C	
15/02	RESGATE AUT	500,00D	127,5
	IRRF	0,19D	
	IOF	1,09D	
	RENDIMENTO	1,95C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	0,86C	
16/02	RESGATE AUT	1.531,07D	391,7
	IRRF	0,70D	
	IOF	3,52D	
	RENDIMENTO	6,64C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	3,12C	
17/02	RESGATE AUT	1.863,60D	476,7
	IRRF	1,00D	
	IOF	4,45D	
	RENDIMENTO	8,90C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	4,45C	
22/02	RESGATE AUT	971,04D	248,2
	IRRF	0,76D	
	IOF	1,66D	
	RENDIMENTO	5,04C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	3,38C	
23/02	RESGATE AUT	765,00D	195,4
	IRRF	0,68D	
	IOF	1,29D	
	RENDIMENTO	4,31C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	3,02C	
24/02	RESGATE AUT	7.127,75D	1.820,4
	IRRF	7,21D	
	IOF	11,25D	
	RENDIMENTO	43,30C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	32,05C	
27/02	RESGATE AUT	2.154,53D	549,8
	IRRF	2,64D	
	IOF	2,24D	
	RENDIMENTO	14,01C	
	RENDIMENTO BASE TRIB.	11,77C	

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

Nº: 33558
Data de Emissão: 01/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2955 DCONV

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 35909 SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA

Endereço: MARIA JOSE CORREA BARBOSA, 399 - CRISTO REI

Município: Congonhas Estado: MG CPF/ CNPJ : 059.533.996-42

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas Estado: MG CPF/ CNPJ : 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	1196 PRESTACAO DE SERVICOS COMO AUXILIAR VETERINARIO RETENCAO DE INSS E IMPOSTO DE RENDA CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	2.150,00	0,00	2.150,00

Prefeitura Municipal — F — Congonhas

ISSQN --->	43,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	2.150,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE SABRINA BARRETO DEMARCHI MOREIRA

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2956
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: Sabrina Barreto Demarchi Moreira

CPF: ***.533.996-**

Instituição: NEON PAGAMENTOS S.A. IP

Dados da transação:

Valor: R$ 2.150,00

Data/Hora: 01/02/2023 - 17:26:54

ID transação: E00360305202302012017 0c7d638cf3f

Código da operação: 14891486221

Chave de Segurança: K2UFNT2A8ETKZYVG

Chave Pix: +5531971892573

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

Nº: 33560
Data de Emissão: 01/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2352 - DCONV -

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58709 ANA FLAVIA SILVA BARROS

Endereço: PAULO OSORIO, 161 - BOA VISTA

Município: Congonhas Estado: MG CPF/ CNPJ : 128.104.976-05

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas Estado: MG CPF/ CNPJ : 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	541 SERVIÇO PRESTADO COMO RECEPCIONISTA RETENÇÃO DE INSS RETIDO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.	2,00	2.160,00	0,00	2.160,00

ISSQN --->	43,20	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	2.160,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE ANA FLAVIA SILVA BARROS

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

CAIXA

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 295
DCONV

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: ANA FLAVIA SILVA BARROS

CPF: ***.104.976-**

Instituição: BANCO INTER

Dados da transação:

Valor: R$ 2.160,00

Data/Hora: 01/02/2023 - 17:30:54

ID transação: E00360305202302012011b735a77e7f3

Código da operação: 14891594003

Chave de Segurança: 63W2QWZSUE7PFCVU

Chave Pix: 12810497605

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

Nº: 33561
Data de Emissão: 01/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS - FOLHA 2959 - DCONV -

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58710 ANA LUISE DA SILVA

Endereço: MINAS GERAIS, 288 - DOM OSCAR

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 125.816.546-51

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	522 PRESTACAO DE SERVICOS GERAIS RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	4,00	1.935,00	0,00	1.935,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas

ISSQN --->	77,40	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.935,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE ANA LUISE DA SILVA

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

CAIXA

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2969
DCONV

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: Ana Luise da Silva

CPF: ***.816.546-**

Instituição: NU PAGAMENTOS S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 1.935,00

Data/Hora: 01/02/2023 - 17:30:04

ID transação: E00360305202302012014e52d5f82621

Código da operação: 14891580109

Chave de Segurança: 9C087SQUMS4N3WT5

Chave Pix: +5531997209473

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

Nº: 33559
Data de Emissão: 01/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 296

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58708 PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA
Endereço: MARIANA, 29 - BASÍLICA
Município: Congonhas Estado: MG CPF/ CNPJ : 136.433.826-26

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI
Município: Congonhas Estado: MG CPF/ CNPJ : 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	1196 PRESTACAO DE SERVICOS COMO AUXILIAR VETERINARIO RETENCAO DE INSS E IMPOSTO DE RENDA CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	2.397,50	0,00	2.397,50

Prefeitura Municipal — MG — Congonhas

ISSQN --->	47,95	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	2.397,50

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE PEDRO HENRIQUE VASCONCELOS SILVA

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2962
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: Pedro Henrique Vasconcelos Silva

CPF: ***.433.826-**

Instituição: NU PAGAMENTOS S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 2.397,50

Data/Hora: 01/02/2023 - 17:31:48

ID transação: E00360305202302012015a17dfb8c069

Código da operação: 14891638868

Chave de Segurança: 0G56QFPG9CS32M9E

Chave Pix: +5531983720229

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

Nº: 33578
Data de Emissão: 02/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2963 DCONV

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 37347 ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

Endereço: MANACA, 250 - RESIDENCIAL CASA DE PEDRA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 054.869.626-81

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1.0000	485 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO VETERINARIO RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE	2,00	8.600,00	0,00	8.600,00

Prefeitura Municipal

ISSQN --->	172,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	8.600,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2964
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA

CPF: ***.869.626-**

Instituição: BCO SANTANDER (BRASIL) S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 8.600,00

Data/Hora: 03/02/2023 - 14:36:02

ID transação: E00360305202302031535133f9e31857

Código da operação: 14936216088

Chave de Segurança: LQU82F2Z535RTLWK

Chave Pix: 05486962681

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA *está sempre com você*. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 2965

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: Lucas Rocha Dias

CPF: ***.773.786-**

Instituição: NU PAGAMENTOS S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 7.200,00

Data/Hora: 03/02/2023 - 13:42:42

ID transação: E00360305202302031533337f6c937488

Código da operação: 14934681649

Chave de Segurança: 51JEEE5JKNV8G4J7

Chave Pix: 12477378619

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

Nº: 33577
Data de Emissão: 02/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 966 DCONV

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 56425 LUCAS ROCHA DIAS

Endereço: CASA DE PEDRA, 69 - VILA ANDREZA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 124.773.786-19

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	485 PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO VETERINARIO RETENÇÃO DE INSS E IR CONFORME A LEGISLAÇÃO VIGENTE	2,00	7.200,00	0,00	7.200,00

ISSQN --->	144,00	**INSS --->**	0,00	**IRRF --->**	0,00	**Vlr. Redução R$ -->**	0,00	**Vlr. do Serviço R$ -->**	7.200,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERIENTE LUCAS ROCHA DIAS

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2961
- DCONV -

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: PIX Marketplace

CNPJ: 10.573.521/0001-91

Instituição: MERCADO PAGO

Dados da transação:

Valor: R$ 1.039,90

Data/Hora: 07/02/2023 - 16:14:52

ID transação: E00360305202302071844381012d7c40

Identificador: mpqrinter54456346638

Código da operação: 15037065338

Chave de Segurança: 23K567M1GW0930VL

Chave Pix: 10573521000191

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

RECEBI(EMOS) DE KEY SOLUCOES EM ARMAZENAGEM LTDA. OS PRODUTOS CONSTANTE DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO, BEM COMO ATESTAMOS QUE OS MESMOS FORAM EXAMINADOS, SERVINDO O ACEITE DA PRESENTE PARA TODOS OS EFEITOS LEGAIS.

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
No. 000.009.458
SÉRIE 1

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
DCONV

[redacted]

KEY SOLUCOES EM ARMAZENAGEM LTDA
P CABO ROMEU CASAGRANDE, 754
PARQUE NOVO MUNDO - São Paulo/SP
CEP: 02180060 - FONE: 1125396362

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

SAÍDA

No. 000.009.458
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0444 1362 1400 0165 5500 1000 0094 5819 4863 8324

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros	135230546494366 - 11/04/2023 17:32:28-03:00

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ
13339235113		44.136.214/0001-65

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	C.N.P.J./C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi	513.630.116-34	11/04/2023

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
Rua Delfina Santos Corrêa, 173	Cristo Rei	36414438	11/04/2023

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
[redacted]ongonhas	31994426931	MG		17:30:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	994,90

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACES.	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
178,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**1.172,90**

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA DE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	C.N.P.J./C.P.F.
	0 - Remetente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
6,00	VOLUME	SEM MARCA	SEM NUMERAÇÃO	60,000	60,000

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	NCM	CST	CFOP	UN.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.IPI	%ICMS	%IPI
3026	ESTANTE 30CM - CINZA	94032090	0102	6108	PC	5	198,98	994,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Trib aprox: Fed R$ 140,28 (14,10%), Est R$ 119,39 (12,00%). Fonte: IBPT/empresometro.com.br/SP - 42F39F	

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
296
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: ANA LUISA TOLEDO DE CASTRO

CPF: ***.177.896-**

Instituição: CECM MEDICOS E PROFISSIONAIS AREA SAUDE DO BRASIL

Dados da transação:

Valor: R$ 2.660,00

Data/Hora: 09/02/2023 - 12:58:29

ID transação: E00360305202302091557a1713728d98

Código da operação: 15085412461

Chave de Segurança: N95GYKQM2LANQ7Q3

Chave Pix: +5531987723681

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

PREFEITURA MUNICIPAL CONSELHEIRO LAFAIETE
Secretaria Municipal de Fazenda
Setor de Fiscalização Tributária
Avenida Prefeito Mario Rodrigues Pereira, nº 10 - Bairro Centro

Número da NFS-e
202300000000014
Código de Verificação
SZ3UEJL1A

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Data da Emissão: 09/02/2023 Competência: Fev/2023 Natureza Operação: 1 - Tributação no município
Número do RPS / Lote: Situação Tributária ISSQN: Normal Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete
Regime Especial de Tributação: ME - Microempresa Optante do Simples Nacional: Sim

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2979 DCONV

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: PSV - PRONTO SOCORRO VETERINARIO EIRELI
Nome Fantasia: P S V
CPF/CNPJ: 31.441.340/0001-81 Inscrição Municipal: 133614 Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36400-041
Endereço: PC BARAO DE QUELUZ, 97, TERREO, CENTRO
Telefone: (32) 3361-1099 e-mail: cmcontabilidademonteiro@gmail.com http

Dados do Tomador de Serviço

Razão Social/Nome: ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS- PARC
Nome Fantasia: APARC
CPF/CNPJ 07.766.906/0001-60 Inscrição Municipal: Município: Congonhas/MG Cep: 36415-000
Endereço: VICTOR DE FREITAS, 58, Sem compl., CENTRO
[redacted]efone: e-mail: reisma@bol.com.br http

Descrição dos Serviços

	Descrição	Valor Unitário	Qtd	Valor do Serviço	Base de Cálculo (%)	ISS
	Diversos serviços veterinários aos animais.	2.660,0000	1,00	2.660,0000	2.660,00 x 3,00	79,80

Descrição do serviço
Medicina veterinária e zootecnia.

CNAE
7500-1/00 - Atividades veterinárias

Retenções Federais

PIS/PASEP:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras retenções:
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Tributação ISSQN

Desc. condicionado (R$)	Des. Incondicionado (R$)	Deduções (R$)	Base de cálculo (R$)	Valor ISS (R$)
0,00	0,00	0,00	2.660,00	79,80

[redacted] Valor bruto = R$ 2.660,00 **Valor líquido = R$ 2.660,00**

Outras Informações

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 3%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 357,77 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 75,81 (2,85%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 2971
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: CLINICA VETERINARIA MUNDO ANIMAL LTDA

CNPJ: 11.155.551/0001-40

Instituição: BANCO DO BRASIL S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 60.000,00

Data/Hora: 10/02/2023 - 14:39:31

ID transação: E00360305202302101501643096fe6dc

Código da operação: 15114471797

Chave de Segurança: WPK9CRY90MRVRYHV

Chave Pix: 11155551000140

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2912
DCONV

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Representação numérica do código de barras:	23792.48509 90000.043514 46001.517906 4 92610000210806
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia:	**PIOVETSS COMERCIO PET LTDA**
Nome/Razão Social:	**PIOVETSS COMERCIO PET LTDA**
CPF/CNPJ:	**04.487.083/0001-46**

Pagador Sacado

Nome/Razão Social:	ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA 054869
CPF/CNPJ:	41.277.771/0001-08

Pagador Final - Correntista

Nome/Razão Social:	ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60

Data do Vencimento:	14/02/2023
Data de Efetivação do Pagamento / Agendamento:	14/02/2023
Valor Nominal do Boleto:	2.108,06
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$)	2.108,06
Valor Pago (R$):	2.108,06
Data/hora da operação:	14/02/2023 10:13:11
Código da operação:	045153951
Chave de Segurança:	3U9MKU7APVFLV0ZV

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

CPFS AUTORIZADORES

RETORNAR

Identificação do Emitente

Piovetss

PIOVETSS COMERCIO PET LTDA
RUA JOSÉ SIMPLÍCIO MOREIRA - 791 - TREVO - BELO HORIZONTE - MG - 31370-505

Telefone: (31)3419-6300
Fax:
E-mail: piovetss@piovetss.com.br

DANF-e

Documento Auxiliar da Nota Fiscal

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº. 332476
SÉRIE 3
FL 1 of 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0204 4870 8300 0146 5500 3000 3324 7612 3819 6827

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal

PREFEITURA M. CONGONHAS - FOLHA - DCONV -

NATUREZA DE OPERAÇÃO			
VENDA DE MERC. ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS			
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. EST. DO SUBST. TRIBUTARIO	CNPJ	Protocolo de Autorização(Data e Hora)
0621336130058		0[illegible]0146	131235198034999 06/02/2023 11:40:35

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CODCLI	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA 05486962681			11881	41.277.771/0001-08	06/02/2023
LOGRADOURO	NÚMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO/DISTRITO		DATA DA ENTRADA/SAÍDA
RUA MANACA	250		RESIDENCIAL CASA DE PEDRA		07/02/2023
CEP	MUNICÍPIO	Telefone/Fax	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
36416346	CONGONHAS	31988800260	MG	004002758.00-75	11:40

FATURA

Nº	Venc.	Vl.
1	14/02/23	2.108,06

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
512,92	92,33	0,00	0,00	4,85	2.197,91

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	R$ 0,00	89,85	0,00	0,00	22,34	2.108,06

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
[illegible] EXPRESS SOLUCOES LOG E TRANSP LTDA	0 - EMITENTE 1 - DESTINATÁRIO [0]		HGG0020		86392529000113
LOGRADOURO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
AV MINAS GERAIS , 256 - RESENDE	VARGINHA		MG		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
4	VOLUMES			37,87	37,87

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

Código	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UND	QTD	V. UN.	V. TOTAL	BC. ICMS	V. ICMS	V. DESC.	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2079	HEMOLITAN 1LT	23099090	020	5102	FR	1	146,05	146,05	58,42	10,52	0,00	18,00	0,00
2117	PETPRAZOL 10 C/30COMP N LT. 001/22 DATA FAB.: 09/04/2022 DATA VAL.: 30/04/2025	30049099	000	5102	FR	5	52,26	261,30	261,30	47,03	0,00	18,00	0,00
2198	HEPVET C/30 COMPRIMIDOS	23099090	000	5102	FR	3	64,40	193,20	193,20	34,78	0,00	18,00	0,00
2245	MELOXINEW 3% INJ. 50ML N LT. 005/22 DATA FAB.: 14/07/2022 DATA VAL.: 31/07/2024	30049079	040	5102	UN	1	66,19	66,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14010	SOL. GLICOSE 50% 500ML N LT. 123 DATA FAB.: 07/11/2022 DATA VAL.: 07/11/2023	30049099	040	5102	UN	3	19,99	59,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15013	SOL.RINGER C/LACTATO 500ML N LT. 74RH3581 DATA FAB.: 28/08/2022 DATA VAL.: 28/07/2024	30049099	040	5102	FR	60	16,99	1.019,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
23005	MERCEPTON INJ 100ML N LT. 134/22 DATA FAB.: 12/07/2022 DATA VAL.: 11/07/2025	30045090	040	5102	FR	2	35,17	70,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29000	SULFATO VINCRISTINA INJ. 1MG 2ML # N LT. 125 DATA FAB.: 01/09/2022 DATA VAL.: 01/09/2025	30044910	040	5102	CX	5	59,90	299,50	0,00	0,00	89,85	0,00	0,00
64023	AGEMOXI INJ F/A X 50ML N LT. 2228745 DATA FAB.: 30/06/2022 DATA VAL.: 30/06/2024 PERC PARC FCI 0 - N. FCI E8FCDB04-E05B-4E27-A585-C3F6A01ACB35	30049076	040	5102	FR	2	40,98	81,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DE ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OBS ENTREGA: RUA DELFINA SANTOS CORREA, N173 - CRISTO REI, CONGONHAS- MG
MESMO COD 5995 - ~~CRMV-MG: 14131~~ ISABELLA GONCALVES ARRUDA BARBOSA
AAS - CLIENTE:
EXCLUSAO DO ICMS NA BASE DE CALCULO DO PIS E COFINS CONFORME PROCESSO/MAND.SEGU N. DE
VALOR EXCLUIDO DA BASE DE CALCULO R$ 45.30
040 - MERCADORIA ISENTA DE ICMS CONFORME ANEXO I DO RICMS 2002
REDUCAO DE BASE DE CALCULO DE 60% CONFORME ALINEA A DO ITEM 9, DO ANEXO IV DO RICMS/MG.

AE: 1.23116.4 AFE: 1.08.792-6 AAS: 2012007486

Numpedido. : 127020235 **NumTrans. : 677849** **NUMCAR.: 52391**

RESERVADO AO FISCO

PREFEITURA M. CONGONHAS - DDONV - FOLHA 2914

RECEBEMOS DE LEONARDO TIAGO DOS SANTOS 09707438665 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000136 Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

BRALEO

LEONARDO TIAGO DOS SANTOS 09707438665
Rua Goiás, 86, ap 201, Centro
37 517-000 - Maria da Fé - MG
Fone (35) 99942-6066 - braleocomercial@gmail.com

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]
Nº 000136
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3123 0248 6154 7400 0174 5500 1000 0001 3619 8533 3597

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza da operação		Protocolo de autorização de uso
Venda de mercadoria a não contribuinte		1 3123524031491 2 28/02/2023 19:53:27
Inscrição Estadual	Inscrição Estadual do Substituto	CNPJ
448 9160085		48.615.474/0001-74

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Edilene Maria Marcossi	513.630.116-34		28/02/2023
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Brumadinho, 166 - Oficina mecanica Pistole	Dom Oscar	36.414-324	28/02/2023
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Congonhas	(99) 99999-9999	MG	19:53:25

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	01/03/2023	499,50						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	499,50
Valor do frete	**Valor do seguro**	**Desconto**	**Outras despesas acessórias**	**Valor do IPI**	**Valor total da nota**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	499,50

Transportador/Volumes transportados

Nome		Frete por conta	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
		0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)				
Endereço	**Município**		**UF**	**Inscrição Estadual**		
Quantidade	**Espécie**	**Marca**	**Numeração**	**Peso bruto**	**Peso líquido**	
0	Volumes			0,000	0,000	

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
13	Cateter IV 14G 16G 18G 20G 22G Descarpack 100un Tipos:22G	90183119	7102	5.102	Cx	5,00	99,90	499,50	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Total aproximado de tributos: R$ 167,08 (33,45%) Federais R$ 77,17 (15,45%) Estaduais R$ 89,91 (18,00%) . Fonte IBPT.	

RECEBEMOS DE Cirúrgica Anália Franco OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000024 Série 2
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA DCONV

Cirúrgica Anália Franco
Rua Passos Ourique, 39, Tatuapé
03.313-060 - São Paulo - SP
Fone (11) 2295-6238 - contato@cirurgicaxmarengo.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]
Nº 000024
SERIE: 2
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3523 0238 1783 3800 0100 5500 2000 0000 2419 4504 9900

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza da operação	Protocolo de autorização de uso	
Venda de mercadorias	135230305469718 28/02/2023 08:24:12	
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
129.528.973.111		38.178.338/0001-00

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Edilene Maria Marcossi	513.630.116-34		28/02/2023
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Brumadinho, 166 - /Rua em obras	Cristo Rei	36.414-438	28/02/2023
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Congonhas	(00) 00000-000	MG	08:24:11

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	30/03/2023	579,36						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	556,75

Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
67,16	0,00	44,55	0,00	0,00	579,36

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta (0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF))	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
0	Volumes			0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	Desconto	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
CATETER24MEDIX	CATETER PERIFERICO INTRAVENOSO MEDIX 24G C/100 UNIDADES	90183119	4400	6.102	UND	5	111,35	556,75	44,55	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Total aproximado de tributos: R$ 154,98 (26,75%) Federais R$ 77,92 (13,45%) Estaduais R$ 77,05 (13,30%) . Fonte IBPT.	

28/02/2023 08:31:29

RECEBEMOS DE Megg Comercial LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 28/02/2023 VALOR TOTAL: R$ 279,49 DESTINATÁRIO: Edilene Maria Marcossi - Rua Delfina Santos Correa, 173 Cristo Rei Congonhas - MG

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 19 DCON

NF-e
Nº. 000.009.490
Série 002

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Megg Comercial LTDA
Rua Antonio Bertazzoli, 362
Jardim Paulista - 13806-573
Mogi Mirim - SP Fone/Fax:

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
1

Nº. 000.009.490
Série 002
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3523 0218 1052 5200 0140 5500 2000 0094 9019 4313 5416

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria a nao contribuinte	**135230307254846 - 28/02/2023 11:45:41**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
456089232117		**18.105.252/0001-40**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi	**513.630.116-34**	**28/02/2023**

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
Rua Delfina Santos Correa, 173	**Cristo Rei**	**36414-438**	**28/02/2023**

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
Congonhas	**MG**	**99999999999**		**11:45:40**

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLC. ICMS S.T.	VALOR DO ICMS SUBST.	V. IMP. IMPORTAÇÃO	V. ICMS UF REMET.	VALOR DO FCP	VALOR DO PIS	V. TOTAL PRODUTOS
0,00	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0,00**	**0, 00**	**0, 00**	**0,00**	**294,25**

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	V. ICMS UF DEST.	V. TOT. TRIB.	VALOR DA COFINS	V. TOTAL DA NOTA
0,00	**0,00**	**14,76**	**0,00**	**0,00**	**0, 00**	**77,44**	**0,00**	**279,49**

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	(0) Emitente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
7					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
N-PRNMP	ADAPTADOR PRN LUER LOCK MACHO pFCPUFDest=0,00% pICMSUFDest=18,00% pICMSInterPart=100,00% vFCPUFDest=0,00 vICMSUFDest=0,00 vICMSUFRemet=0,00	90189010	040	6108	UN	100,0000	2,2910	229,10	0, 00	0, 00		0, 00	
N-AG25X7C100	AGULHA 25X7 UN pFCPUFDest=0,00% pICMSUFDest=18,00% pICMSInterPart=100,00% vFCPUFDest=0,00 vICMSUFDest=0,00 vICMSUFRemet=0,00	90183219	260	6108	UN	500,0000	0,1303	65,15	0, 00	0, 00		0, 00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Inf. Contribuinte: Total aproximado de tributos: R$ 77,44 (27,71%) Federais R$ 40,27 (14,41%) Estaduais R$ 37,17 (13,30%) . Fonte IBPT. Email do Destinatário: ideris_nf@outpost.com.br Valor Aproximado dos Tributos : R$ 77,44	

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
911

2ª Via - Comprovante Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.450,82	**27/02/23** 13:31

Operação realizada com sucesso!

Informações gerais

Banco recebedor

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras

38390007467560000000658547142313392740000145082

Instituição emissora - nome do banco

JUNO

Código do banco

383

Código ISPB

21018182

Histórico do pagamento

PG BLOQTO

Beneficiário original / Cedente

Nome fantasia

Americanas.comAmericanas S.A.

Nome / Razão social

Americanas.comAmericanas S.A.

CPF / CNPJ

00.776.574/0001-56

Pagador sacado

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 89
- DCONV -

Nome / Razão social

Edilene Maria Marcossi

CPF / CNPJ

513.630.116-34

Pagador final - Correntista

Nome / Razão social

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ

07.766.906/0001-60

Data de vencimento

27/02/2023

Data da Efetivação / Agendamento

27/02/2023

Valor nominal do boleto

1.450,82

Juros (R$)

0,00

Desconto (R$)

0,00

IOF (R$)

0,00

Abatimento (R$)

0,00

Multa (R$)

0,00

Valor calculado (R$)

1.450,82

Código da operação

058539453

Chave de segurança

2UPCWLZUVNX1398X

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

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

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2918
-DCONV-

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Representação numérica do código de barras:	23793.38029 61019.383134 49006.333303 1 92740000085374
Insitituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO BRADESCO S/A
Código do Banco:	237
Código do ISPB:	60746948

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia:	**MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA**
Nome/Razão Social:	**MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA**
CPF/CNPJ:	**10.573.521/0001-91**

Sacador Avalista

Nome/Razão Social:	L E ALMEIDA COM DE PROD MEDICOS HOSPITAL
CPF/CNPJ:	27.358.419/0001-76

Beneficiário Final

Nome/Razão Social:	MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA
CPF/CNPJ:	10.573.521/0001-91

Pagador Sacado

Nome/Razão Social:	EDILENE MARIA
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60

Pagador Final - Correntista

Nome/Razão Social:	ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60

Data do Vencimento:	27/02/2023
Data de Efetivação do Pagamento / Agendamento:	22/02/2023
Valor Nominal do Boleto:	853,74
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	853,74
Valor Pago (R$):	853,74
Data/hora da operação:	22/02/2023 19:41:05
Código da operação:	053466412
Chave de Segurança:	8LEJUAMV1YU525YQ

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

CPFS AUTORIZADORES

RETORNAR

RECEBEMOS DE BSA COMERCIO DE PRODUTOS DESCARTAVEIS MEDICOS HOSPITALARES L OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA Nº 222 EMISSÃO 23/02/2023 VALOR TOTAL: 865,74 DESTINATARIO: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON - R DELFINA SANTOS CORREA, 173, CRISTO REI, 36414-438-CONGONHAS-MG

DATA DO RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e 222 SÉRIE 1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

BSA COMERCIO DE PRODUTOS DESCARTAVEIS MEDICOS HOSPITALARES L

RUA ANAPOLINA, 1840 - LIBERDADE
76967-500 CACOAL - RO

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRONICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

222
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
1123 0242 8588 0700 0100 5500 1000 0002 2210 7028 9596

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DE MERCADORIA ADQUIRIDA OU RECEBIDA DE TERCEIROS	311230003429569 23/02/2023 11:20:20

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
0.000.000.607.478-2		42.858.807/0001-00

DESTINATÁRIO

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON			07.766.906/0001-60	23/02/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAIDA**
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI		36414-438	23/02/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**FONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAIDA**
CONGONHAS	MG	(31) 99442-6931		00:00:00

FATURA / DUPLICATA

222/001 23/02/2023 865,74				

CÁLC. DO IMPOSTO

BASE CALC ICMS	VALOR ICMS	BASE CALC ICMS ST	VALOR ICMS ST	TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	779,40

VALOR FRETE	VALOR SEGURO	VALOR DESCONTO	OUTRAS DESP	VALOR IPI	VALOR APROX TRIB	TOTAL DA NOTA
86,34	0,00	0,00	0,00	0,00	104,14	865,74

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORT.

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	
	9-Sem Transp.				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	VOLUMES	DIVERSAS			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALÍQ. ICMS	V.APROX. TRIBUTOS
2279	CLOR DE METADONA 10MG/ML 1ML SOL. INJ. (A1) (MYTEDOM) Lote: 22050251 / Fabr.: 01/05/2022 / Val.: 01/05/2024	30049039	0500	6403	UND	50	9,00	450,00	0,00	0,00		92,03
626	EFEDRINA 50MG/ML 1ML (EFEDRIN) Lote: 21110277 / Fabr.: 01/11/2021 / Val.: 01/11/2023	30044100	0500	6403	UND	15	15,96	239,40	0,00	0,00		0,00
3331	FUROSEMIDA 20MG/2ML 2ML (GENERICO) Lote: 9067305 / Fabr.: 30/06/2022 / Val.: 30/06/2024	30049076	0500	6403	UND	30	3,00	90,00	0,00	0,00		12,11

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NAO GERA DIREITO A CREDITO FISCAL DE ICMS, DE ISS E DE IPI. Nota fiscal refere-se ao pedido: 228 Representante: 000001-CONSUMIDOR FINAL Valor aproximado dos tributos: R$ 104,14 (13,36%). Fonte: IBPT	

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONT - FOLHA 0350

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 199
DCONV

SICOOB - Sistema de Cooperativas de Crédito do Brasil
Plataforma de Serviços Financeiros do Sicoob - SISBR

Data: 17/03/2023 **EFETIVAÇÃO DE TED** Hora: 11:47:44

Nº Agendamento:	15772292
Data do Agendamento:	17/03/2023
Agendado para:	17/03/2023
Finalidade:	10-Crédito em Conta
Valor:	R$ 502,20

Remetente:

Cooperativa:	3260
Conta:	50.389-4
Nome:	CIRURGICA RIO DE JANEIRO LTDA
CPF/CNPJ:	17.151.435/0002-10

Favorecido:

Banco:	104-CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
ISPB:	00360305
Agência:	1044-CONGONHAS
Conta:	3.005-5
Nome:	Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60
Autenticação:	326023031715772292

OUVIDORIA SICOOB: 08007250996

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
298
DCONV

RECEBEMOS DE **Cirúrgica Rio de Janeiro Ltda - ME - Rio de Janeiro - 17.151.435/0002-10** OS PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	VALOR DA NOTA: 557,30	NF-e Nº 168649
		DATA DE EMISSÃO: 15/03/2023	SÉRIE 1

Cirúrgica Rio de Janeiro Ltda - ME

Avenida Cesario de Melo, 2245B - Campo Grande
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 23.052-102 - FONE: (21) 3311-5835

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]

Nº 168649
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO 3323 0317 1514 3500 0210 5500 1000 1686 4916 9935 3500

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NF-E
WWW.NFE.FAZENDA.GOV.BR/PORTAL
OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADORA

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROT. DE AUTORIZAÇÃO
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros		333230053289342 15/03/2023 09:39:10

CRT (Código de Regime)	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL SUBST. TRIBUTARIA	CNPJ/CPF
3 - Regime Normal	79929280		17.151.435/0002-10

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL				CNPJ/CPF	DATA DE EMISSÃO
ASSOC. PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS				07.766.906/0001-60	15/03/2023
ENDEREÇO			**BAIRRO**	**CEP**	**DATA DE ENTRADA/SAÍDA**
RUA Rua Delfina Santos Correa, 173			CRISTO REI	36.414-438	15/03/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**PAIS**	**FONE/FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE ENTRADA/SAÍDA**
Congonhas	MG	Brasil	(31)99442-6931		09:39:10

FATURA

NUMERO FATURA	VALOR ORIGINAL	DESCONTO	VALOR LIQUIDO
168649	557,30	0,00	557,30

DUPLICATA

NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR	NÚMERO	VENCIMENTO	VALOR
001	15/03/2023	557,30						

FORMA DE PAGAMENTO

FORMA PAGAMENTO	VALOR	FORMA PAGAMENTO	VALOR
Cartao de Credito	557,30		
VALOR TROCO			

CÁLCULO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS DE SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
557,30	66,88	0,00	0,00	557,30

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VLR APROX DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	111,59	557,30

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
	REMETENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
			0		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM/SH	ORIG/CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR UNIT	DESC	VLR TOTAL	V TRIB	BC ICMS	VLR ICMS	VLR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
P17744	ACIDO POLIGLICOLICO PGA 3-0 70CM AG 1/2 CIL 2,6CM ABS30MR26G BIOLINE (36)	30061090	0/00	6102	EV	33,0000	8,1000		267,30	53,51	267,30	32,08	0,00	12,00	0,00
P11634	POLIGLECAPRONE 2-0 70CM AG 3/8 CIL 3,1CM PGCL20CR31G BIOLINE (24)	30061090	0/00	6102	CV	6,0000	10,2000		61,20	12,27	61,20	7,34	0,00	12,00	0,00
P10778	POLIGLECAPRONE 3-0 70CM AG 3/8 CIL 3,1 CM PGCL30CR31G BIOLINE (24)	30061090	0/00	6102	UN	22,0000	10,4000		228,80	45,81	228,80	27,46	0,00	12,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2983
DCONV

Beneficiário Final

Nome fantasia

PAGBRASIL PAGAMENTOS ELETRONICOS LTDA

CPF / CNPJ

14.630.124/0001-65

Pagador sacado

Nome / Razão social

ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA

CPF / CNPJ

07.766.906/0001-60

Pagador final - Correntista

Nome / Razão social

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ

07.766.906/0001-60

Data de vencimento

28/02/2023

Data da Efetivação / Agendamento

24/02/2023

Valor nominal do boleto

1.059,50

Juros (R$)

0,00

Desconto (R$)

0,00

IOF (R$)

0,00

Abatimento (R$)

0,00

Multa (R$)

Valor calculado (R$)

0,00 **1.059,50**



Código da operação
055206205

Chave de segurança
L2H4PL9NM38QGWR8

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

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

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

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
085

2ª Via - Comprovante Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 1.059,50	**24/02/23** 11:41

Operação realizada com sucesso!

Informações gerais

Banco recebedor

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras

23792276029034001714523002242008792750000105950

Instituição emissora - nome do banco

BANCO BRADESCO S/A

Código do banco

237

Código ISPB

60746948

Histórico do pagamento

PG BLOQTO

Beneficiário original / Cedente

Nome fantasia

PAGBRASIL PAGAMENTOS ELETRONICOS LTDA

Nome / Razão social

PAGBRASIL PAGAMENTOS ELETRONICOS LTDA

CPF / CNPJ

14.630.124/0001-65

Chave de segurança
MCEEYVM52AEZYST4

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
298
DCONV

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

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

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

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 298

PREFEITURA MUNICIPAL CONSELHEIRO LAFAIETE
Secretaria Municipal de Fazenda
Setor de Fiscalização Tributária
Avenida Prefeito Mario Rodrigues Pereira, nº 10 - Bairro Centro

Número da NFS-e
202300000000014
Código de Verificação
JZ7SHVXIB

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Data da Emissão: 17/02/2023 Competência: Fev/2023 Natureza Operação: 1 - Tributação no município
Número do RPS / Lote: Situação Tributária ISSQN: Normal Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete
Regime Especial de Tributação: ME - Microempresa Optante do Simples Nacional: Sim

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: CENTRO VETERINARIO SAO FRANCISCO LTDA
Nome Fantasia: HOSPITAL VETERINARIO SAO FRANCISCO
CPF/CNPJ: 06.123.854/0001-41 Inscrição Municipal: 126950 Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36401-174
Endereço: R DUQUE DE CAXIAS, 352, Sem compl., CHAPADA
Telefone: (31) 3721-1530 e-mail: wlsantana56@gmail.com http

Dados do Tomador de Serviço

Razão Social/Nome: ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS- PARC
Nome Fantasia: PARC
CPF/CNPJ 07.766.906/0001-60 Inscrição Municipal: 316661 Município: Congonhas/MG Cep: 36415-000
Endereço: RUA DELFINA SANTOS CORREA, 173, Sem compl., CRISTO REI
Telefone: e-mail: wagnerassis01@hotmail.com http

Descrição dos Serviços

	Descrição	Valor Unitário	Qtd	Valor do Serviço	Base de Cálculo (%)	ISS
	Prestação de Serviço Medicina Veterinária prestada no animal Faisca na data 09/02/2023 a 17/02/2023 - Consulta especializada ortopedia, cirurgia, internação.	3.843,6000	1,00	3.843,6000	3.843,60 x 3,00	115,31

Descrição do serviço
Hospitais, clínicas, ambulatórios, prontos-socorros e congêneres, na área veterinária.

CNAE
7500-1/00 - Atividades veterinárias

Retenções Federais

PIS/PASEP:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras retenções:
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Tributação ISSQN

Desc. condicionado (R$)	Des. Incondicionado (R$)	Deduções (R$)	Base de cálculo (R$)	Valor ISS (R$)
0,00	0,00	0,00	3.843,60	115,31

Valor bruto = R$ 3.843,60 **Valor liquido = R$ 3.843,60**

Outras Informações

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 3%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 516,96 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 111,08 (2,89%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2988
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: CENTRO VETERINARIO SAO FRANCISCO LTDA

CNPJ: 06.123.854/0001-41

Instituição: BANCO DO BRASIL S A

Dados da transação:

Valor: R$ 1.863,60

Data/Hora: 17/02/2023 - 09:54:13

ID transação: E00360305202302171249f5fbf94d094

Código da operação: 15281624592

Chave de Segurança: 5LJ9N5PFKQG3GKYF

Chave Pix: 06123854000141

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
298
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: JEAN CRISTO TEIXEIRA CIARALLO

CPF: ***.168.736-**

Instituição: BANCO DO BRASIL S A.

Dados da transação:

Valor: R$ 1.980,00

Data/Hora: 09/02/2023 - 12:49:44

ID transação: E00360305202302091523d9fd05e508c

Código da operação: 15085136838

Chave de Segurança: HQA3XEYJ6ZQK6JS7

Chave Pix: jean@cvsf.com.br

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA

2ª Via - Comprovante Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 6.068,25	**24/02/23** 11:39

Operação realizada com sucesso!

Informações gerais

Banco recebedor

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras

23793380296101943588427006333309992740000606825

Instituição emissora - nome do banco

BANCO BRADESCO S/A

Código do banco

237

Código ISPB

60746948

Histórico do pagamento

PG BLOQTO

Beneficiário original / Cedente

Nome fantasia

MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

Nome / Razão social

MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

CPF / CNPJ

10.573.521/0001-91

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
291
DCONV

Beneficiário Final

Nome fantasia

MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

CPF / CNPJ

10.573.521/0001-91

Pagador sacado

Nome / Razão social

EDILENE MARIA MARCOSSI

CPF / CNPJ

513.630.116-34

Pagador final - Correntista

Nome / Razão social

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ

07.766.906/0001-60

Data de vencimento

27/02/2023

Data da Efetivação / Agendamento

24/02/2023

Valor nominal do boleto

6.068,25

Juros (R$)

0,00

Desconto (R$)

0,00

IOF (R$)

0,00

Abatimento (R$)

0,00

Multa (R$)

Valor calculado (R$)

0,00 6.008,25

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
299
DCONV

Código da operação
055204589

Chave de segurança
FJKU3ACU01FK6L3F

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

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

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

Disney+ STAR+ INCLUÍDOS Assine o nível 6 por R$ 14,99

Enviar para Edilene
Rua Delfina Santos C...

Categorias Ofertas do dia Histórico Vender Contato

Edilene Compras Favoritos

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 2993 - DCONV -

19 produtos
Ver pacotes em falta

A compra tem produtos em falta

Reembolsamos R$ 1.622,64 no Mercado Pago

Você já tem o valor disponível para fazer compras, enviar para outra pessoa ou transferir para uma conta bancária.

Ver no Mercado Pago

Ver ofertas do dia

Ajuda com a compra

Quero cancelar o resto da compra

Quero saber se vão me reembolsar o envio

Onde encontro meu dinheiro

O que eu posso fazer com o dinheiro no Mercado Pago

Preciso de ajuda com a NF-e

Informações da compra

6 faturas disponíveis
Última fatura enviada no dia 27 de Fevereiro
Mostrar faturas

Detalhe da compra

23 de fevereiro | # 2000004235099733

Produtos (79)	R$ 6.034[75]
Frete	R$ 33[50]
Total	R$ 6.068[25]

RECEBEMOS DE L B COMERCIO PET LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 034 UCONV

NF-e
Nº 000.012.841
SÉRIE 034

L B COMERCIO PET LTDA

mypet ne

Rua Capitao Jose Carlos Vaz de Melo, 005, APT 5 - Nova Suissa, Belo Horizonte, MG - CEP: 30421157
Fone:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0: Entrada
1: Saída [1]

Nº 000.012.841
SÉRIE:034
Folha 1 d 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0237 6773 3700 0300 5503 4000 0128 4118 4618 1784

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadorias	131235234343 25/02/2023 09:02:22

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
0037766110113		37.677.337/0003-00

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL			C.N.P.J / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi			513.630.116-34	25/02/2023
ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRADA / SAÍDA
Rua Delfina Santos Correa, 173 - ASSOCIACAO PROTETORES	Cristo Rei		36414438	25/02/2023
MUNICÍPIO / FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA
Congonhas	MG			09:02:59

FATURA/DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.872,00	336,96	0,00	0,00	1.872,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.872,00

TRANSPORTADOR/VOLUME

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Emitente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
50	Caixa			0,000	15,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
LB 01089	Doxitec Syntec 16 comprimidos - 200 mg	30042099	000	5102	Un	50	37,44	1.872,00	1.872,00	336,96	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Partilha ICMS operacao interestadual consumidor final, disposto na EC 87/2015. Valor ICMS para UF destino: R$ 0,00. Valor FCP para o destino: R$0,00. Valor ICMS UF remetente: R$ 0,00. Tributos aproximados: R$ 251,78 (Federal) e R$ 224,64 (Estadual). Fonte: IBPT 5B780E Ref. ao pedido numero 2000004235099755Endereco: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS OC: 2000004235099755 N Pedido: 17609	RESERVADO AO FISCO

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 099 - DCONV -

RECEBEMOS DE RRP DISTRIBUIDORA COMERCIO E IMPORTACAO LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.127.782 SÉRIE 004

RRP DISTRIBUIDORA COMERCIO E

Rua Albertina Vieira da Silva Gordo, 449 - Vila Aurora (Zona Norte), Sao Paulo, SP - CEP: 02410000 Fone: 11988369391

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0: Entrada
1: Saída [1]

Nº 000.127.782
SÉRIE:004
Folha 1 d 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0242 6122 5800 0199 5500 4000 1277 8215 2196 9387

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria para consumidor final	135230299033 27/02/2023 09:37:21

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
131529662112		42.612.258/0001-99

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			C.N.P.J / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi			513.630.116-34	27/02/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA / SAÍDA**
Rua Delfina Santos Correa, 173	Cristo Rei		36414438	27/02/2023
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Congonhas	0000000000	MG		09:37:18

FATURA/DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
529,45	21,18	0,00	0,00	529,45

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	529,45

TRANSPORTADOR/VOLUME

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
Ebazar.com.br LTDA.	2 - Terceiros				03.007.331/0001-41
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**
Av. das Nacoes Unidas 3003	Osasco			SP	120079527111
QUANTIDADE / **ESPÉCIE** / **MARCA**	**NUMERAÇÃO**	**PESO BRUTO**			**PESO LÍQUIDO**
		6,500			6,500

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
UED	Luva cirurgica esteril com po descarpack	40151900	200	6108	UN	5	105,89	529,45	529,45	21,18	0,00	4,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Valor aproximado dos tributos (IBPT) R$148,40. Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R$0,00 + FCP R$0,00; DIFAL da UF Origem R$0,00.	**RESERVADO AO FISCO**

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 999 DCOM

RECEBEMOS DE FERNANDO DE OLIVEIRA SILVA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 000.010.593 SÉRIE 001

FERNANDO DE OLIVEIRA SILVA

Avenida Jose Anatolio Barbosa, 1799, 1799 - Limoeiro, Ipatinga, MG - CEP: 35162450 Fone:

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0: Entrada
1: Saída [1]

Nº 000.010.593
SÉRIE:001
Folha 1 d 1

CHAVE DE ACESSO
3123 0224 3745 0100 0104 5500 1000 0105 9318 4413 7130

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadorias	131235234229 25/02/2023 07:02:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
002/233730059		24.374.501/0001-04

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			C.N.P.J / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi			513.630.116-34	25/02/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA / SAÍDA**
Rua Delfina Santos Correa, 173 - ASSOCIACAO PROTETORES	Cristo Rei		36414438	25/02/2023
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Congonhas		MG		07:02:10

FATURA/DUPLICATA

DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR	DUPLICATA	VENCIMENTO	VALOR
001	27/03/2023	89,80									

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	89,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	89,80

TRANSPORTADOR/VOLUME

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	0 - Emitente				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
	Volumes			0,000	0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
CFOP5405	Ivercanis 3mg	23099010	0500	5405	UN	2	44,90	89,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Total aproximado de tributos: R$ 30,04 (33,45%) Federais R$ 12,08 (13,45%) Estaduais R$ 17,96 (20,00%) . Fonte IBPT. 	**RESERVADO AO FISCO**

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
1190
DCONV

RECEBEMOS DE MONTE ALTO COMERCIO DE MEDICAMENTOS E CORRELATOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.033.311
SÉRIE 002

MONTE ALTO COMERCIO DE MEDICAMENTOS E

Avenida Esther Moretzshon Camargo, 233 - Parque Sao Quirino, Campinas, SP - CEP: 13088107 Fone: 19192568866

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0: Entrada
1: Saída [1]

Nº 000.033.311
SÉRIE:002
Folha 1 d 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0207 2988 5100 0101 5500 2000 0333 1117 5501 6356

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria para consumidor final	135230298118 27/02/2023 08:05:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
795633689118		07.298.851/0001-01

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			C.N.P.J / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi			513.630.116-34	27/02/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA / SAÍDA**
Rua Delfina Santos Correa, 173	Cristo Rei		36414438	27/02/2023
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Congonhas	0000000000	MG		08:05:39

FATURA/DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
299,80	35,98	0,00	0,00	299,80

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	299,80

TRANSPORTADOR/VOLUME

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
Ebazar.com.br LTDA.	2 - Terceiros				03.007.331/0001-41

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Av. das Nacoes Unidas 3003	Osasco	SP	120079527111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				2,520	2,520

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
MLB3152797004_17411522	KIT SERINGA 3ML LUER LOCK COM 500 + AGULHA 25 X 07	30049099	000	6108	UN	2	149,90	299,80	299,80	35,98	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Valor aproximado dos tributos (IBPT) R$80,20. Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R$17,99 + FCP R$0,00; DIFAL da UF Origem R$0,00.	**RESERVADO AO FISCO**

PREFEITURA M. CONSELHEIRO LAFAIETE FOLHA 998 DCONV

RECEBEMOS DE RDM MARKETING E CONSULTORIA LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000016 Série 1
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

RDM MARKETING E CONSULTORIA LTDA
Rua Gustavo Marcondes, 299, Jardim Madalena
13.091-610 - Campinas - SP
Fone (19) 99787-8605 - vendas@receitasdemarketing.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]
Nº 000016
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3523 0240 9819 6500 0127 5500 1000 0000 1618 9885 9220

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza da operação		Protocolo de autorização de uso
Venda de mercadoria a não contribuinte		135230299379956 27/02/2023 10:12:33
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
122.485.391.113		40.981.965/0001-27

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Edilene Maria Marcossi	513.630.116-34		27/02/2023
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
Rua Delfina Santos Correa, 173	Cristo Rei	36.414-438	27/02/2023
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Congonhas		MG	10:12:32

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	29/03/2023	55,48						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,98

Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
33,50	0,00	0,00	0,00	0,00	55,48

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta (0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF))	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
1				1,120	1,060

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
TOU-DES-TNT-200U-BR	Kit Touca descartavel TNT - 200 unidades Cor:Branco	63079010	0102	6.108	Un	2,00	10,99	21,98	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
6702295	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
Total aproximado de tributos: R$ 17,45 (31,45%) Federais R$ 7,46 (13,45%) Estaduais R$ 9,99 (18,00%) . Fonte IBPT. Código de rastreamento QP166755702BR (Nota Fiscal - 000016)	

27/02/2023 10:12:40

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 996 DCONV

RECEBEMOS DE ICJ COMERCIAL LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.006.473
SÉRIE 002

Importbel

ICJ COMERCIAL LTDA

Rua Ibitirama, 2130 - Vila Prudente, Sao Paulo, SP - CEP: 03134002 Fone: 11968329577

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0: Entrada
1: Saída [1]

Nº 000.006.473
SÉRIE:002
Folha 1 d 1

CHAVE DE ACESSO
3523 0239 7310 8300 0124 5500 2000 0064 7319 1932 3441

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Venda de mercadoria para consumidor final	135230293489 25/02/2023 09:57:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
130057934111		39.731.083/0001-24

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			C.N.P.J / C.P.F.	DATA DA EMISSÃO
Edilene Maria Marcossi			513.630.116-34	25/02/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO/DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA / SAÍDA**
Rua Delfina Santos Correa, 173	Cristo Rei		36414438	25/02/2023
MUNICÍPIO	**FONE/FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
Congonhas	0000000000	MG		09:57:35

FATURA/DUPLICATA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	192,88

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	192,88

TRANSPORTADOR/VOLUME

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
Ebazar.com.br LTDA.	2 - Terceiros				03.007.331/0001-41

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
Av. das Nacoes Unidas 3003	Osasco	SP	120079527111

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
				0,520	0,520

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID.	QTD.	VLR UNIT.	VALOR TOTAL	B. CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS ICMS	ALÍQUOTAS IPI
MLI:3052835466	Fio De Sutura Em Nylon 2-0 Com Agulha 2,0 Cm Cx C/24 Unidade	30061090	0102	6108	UN	4	48,22	192,88	0,00	0,00	0,00	0.00	0.00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

Valor aproximado dos tributos (IBPT) R$49,09. Emitido por ME/EPP optante do Simples Nacional.	**RESERVADO AO FISCO**

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3050
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.178.263-**, ***.630.116-**

Dados do recebedor:

Nome: GERALDO SOARES DE OLIVEIRA

CPF: ***.893.626-**

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Dados da transação:

Valor: R$ 1.800,00

Data/Hora: 14/02/2023 - 10:15:27

ID transação: E00360305202302141222 2fdb4d6a327

Código da operação: 15196690559

Chave de Segurança: QNL8R55EXK63MLXY

Chave Pix: +5531996029924

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 300

Nº: 33623
Data de Emissão: 10/02/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 20256 GERALDO SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: CAMPO BELO, 141 - BASÍLICA

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 970.893.626-04

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	578 PRESTACAO DE SERVICOS DE ALUGUEL DE ESPACO PARA FUNCIONAMENTO DE UM CANIL PRA ONG PARC PROTETORES DE ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	2,00	1.800,00	0,00	1.800,00

Prefeitura Municipal — DE — Congonhas ESTADO DE MINAS

ISSQN --->	36,00	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	1.800,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE GERALDO SOARES DE OLIVEIRA

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA

Consulta Pix enviado

CAIXA

Valor	Data
R$ 500,00	**15/02/2023** 19:12:35

Nome

KARINE GOULART MAIA

CPF

*****.595.427-****

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Dados do pagador

Nome

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ

07.766.906/0001-60

Instituição

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores

*****.630.116-**, ***.178.263-****

Dados da transação

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3003
DCONV

Situação

Efetivado

Valor

R$ 500,00

Data/ Hora

15/02/2023 às 19:12:35

ID transação

E00360305202302152209a19a3a1d3b9

Código da operação

15242019025

Chave de segurança

JZ4AE9LG52EGQ6QK

Chave Pix

karinejosemaia@gmail.com

Valor tarifa

R$ 0,00

Compartilhar

Voltar

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 4004 0104 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
Alô CAIXA: 0800 104 0 104 (Demais regiões)
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492
SAC CAIXA: 0800 726 0101
Ouvidoria: 0800 725 7474

Recebemos de REDE RETA LTDA os produtos e/ou serviços constantes da Nota Fiscal Eletrônica indicada ao lado.
Emissão: 01/02/2023 Dest/Reme: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON Valor Total: 1.498,11

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3004 DCONV

NF-e
Nº 000.033.000
Série 002

REDE RETA LTDA

AV JULA KUBITSCHEK, 947 - CENTRO - CONGONHAS - MG -
CEP: 36410-084
Fone: (31)3731-1578
xpert v3.5 - xpert.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA **1**
Nº 000.033.000
SÉRIE 002
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3123 0203 1564 5400 0144 5500 2000 0330 0010 2861 8541

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
Prestacao Registrada em ECF	131235190396680

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO	CNPJ
1800254240057		03.156.454/0001-44

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGON			07.766.906/0001-60	01/02/2023
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA SAÍDA**
RUA DA SAUDADE, 022	CENTRO		36410-080	01/02/2023
MUNICÍPIO	**UF**	**TELEFONE / FAX**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DA SAÍDA**
CONGONHAS	MG	99442-6931		17:56:36

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBST.	V.APROX. TRIBUTOS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	317,16 (21,17 %)	1.498,11

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.498,11

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
	9 - SEM FRETE				
ENDEREÇO	**MUNICÍPIO**			**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTDE.	VALOR UNITÁRIO	% DESCONTO	VALOR LIQUIDO	BASE DE CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. % ICMS	ALIQ. % IPI
127	ELAYON 5 W 40 OLEO	27101932	060	5929	UN	1,00000	40,00000	0,00	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
747	OLEO 2 TEMPOS 500 ML	27101932	060	5929	UN	1,00000	20,00000	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	82,67080	4,89000	0,00	404,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	115,86970	4,99000	0,00	578,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	37,95090	5,09000	0,00	193,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1007	GASOLINA COMUM	27101259	060	5929	LT	46,54080	5,64000	0,00	262,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
NFC-e: 274405, 276289, 277044, 278882, 357791, 361288, 364569, 366211.	

(c)1993-2023 xpert v3.5 - xpert.com.br

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 01/02/2023 17:56:11

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3005
DCONV

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Representação numérica do código de barras:	34191.81395 18945.043158 33799.080008 6 92630000153107
Instituição Emissora - Nome do Banco:	ITAU UNIBANCO S.A.
Código do Banco:	341
Código do ISPB:	60701190

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia:	**REDE RETA LTDA**
Nome/Razão Social:	**REDE RETA LTDA**
CPF/CNPJ:	**03.156.454/0001-44**

Pagador Sacado

Nome/Razão Social:	ASS. PROT. ANIMAIS DE RUA CONG
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60

Pagador Final - Correntista

Nome/Razão Social:	ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60

Data do Vencimento:	16/02/2023
Data de Efetivação do Pagamento / Agendamento:	16/02/2023
Valor Nominal do Boleto:	1.531,07
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	1.531,07
Valor Pago (R$):	1.531,07
Data/hora da operação:	16/02/2023 12:44:36
Código da operação:	047238212
Chave de Segurança:	EHV8UPU8VTTLXN1V

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

CPFS AUTORIZADORES

RETORNAR

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3096
DCONV

2ª Via - Comprovante de Pagamento de Boleto

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Histórico do Pagamento:	PG BLOQTO
Banco Recebedor:	CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Representação numérica do código de barras:	03399.07362 81300.000106 81278.401013 1 92700000011730
Instituição Emissora - Nome do Banco:	BANCO SANTANDER S.A.
Código do Banco:	033
Código do ISPB:	90400888

Beneficiário original / Cedente

Nome Fantasia:	**MAGALU PAGAMENTOS LTDA**
Nome/Razão Social:	**MAGALU PAGAMENTOS LTDA**
CPF/CNPJ:	**17.948.578/0001-77**

Sacador Avalista

Nome/Razão Social:	E Life Saude Comercio Atacadista Expor
CPF/CNPJ:	42.963.444/0001-72

Pagador Sacado

Nome/Razão Social:	Assoc Protetores dos Animais de Rua de
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60

Pagador Final - Correntista

Nome/Razão Social:	ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS
CPF/CNPJ:	07.766.906/0001-60
Data do Vencimento:	23/02/2023
Data de Efetivação do Pagamento / Agendamento:	22/02/2023
Valor Nominal do Boleto:	117,30
Juros (R$):	0,00
IOF (R$):	0,00
Multa (R$):	0,00
Desconto (R$):	0,00
Abatimento (R$):	0,00
Valor Calculado (R$):	117,30
Valor Pago (R$):	117,30
Data/hora da operação:	22/02/2023 19:43:14
Código da operação:	053468230
Chave de Segurança:	3CRZRWFAYORAU2KT

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

CPFS AUTORIZADORES

RETORNAR

E-LIFE SAUDE COMERCIO ATACADISTA, EXPORTACAO E IMPORTACAO LT
Rua João Pinheiro, 219, Ap 01, Centro
35.300-037 - Caratinga - MG
Fone: (33) 99862-0747 www.e-lifesaude.com.br - atendimento@e-lifesaude.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]
Nº 000948
SERIE: 1
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3123 0242 9634 4400 0172 5500 1000 0009 4817 6174 3618

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 300 DCONV

Natureza da operação		Protocolo de autorização de uso
Venda de mercadoria a não contribuinte		131235230250203 23/02/2023 09:28:12
Inscrição Estadual	**Inscr.est. do subst.trib.**	**CNPJ**
0041300610057		42.963.444/0001-72

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Assoc. Protetores dos Animais de Rua de Congonhas	07.766.906/0001-60	ISENTO	23/02/2023
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	23/02/2023
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Congonhas		MG	09:28:11

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor
001	26/03/2023	117,30						

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	117,30

Valor do frete	Valor do seguro	Desconto	Outras despesas acessórias	Valor do IPI	Valor total da nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	117,30

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
	0 - Contratação do Frete por conta do Remetente (CIF)				

Endereço	Município	UF	Inscrição Estadual

Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso bruto	Peso líquido
0				0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
MCDIOPKA210722	Mascara Cirurgica Tripla Protecao Descartavel cx 50 un Descarpack	63079010	1102	5.102	CX	10,00	11,7300	117,30	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL, NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE ICMS OU IPI. Total aproximado de tributos: R$ 60,53 (51,60%) Federais R$ 39,41 (33,60%) Estaduais R$ 21,11 (18,00%) . Fonte IBPT.	

23/02/2023 09:28:38

CAIXA

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3008
DCONV

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: Ana Luise da Silva

CPF: ***.816.546-**

Instituição: NU PAGAMENTOS S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 765,00

Data/Hora: 23/02/2023 - 18:34:31

ID transação: E00360305202302232125c5ae78e3190

Código da operação: 15416348064

Chave de Segurança: 30E66Z13UC8782N6

Chave Pix: +5531997209473

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

ESTADO DE MINAS GERAIS
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 300 - DDONV -

Nº: 33688
Data de Emissão: 23/02/2023

NOTA FISCAL DE SERVIÇO - AVULSA

Prestador do Serviço - CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 58710 ANA LUISE DA SILVA

Endereço: MINAS GERAIS, 288 - DOM OSCAR

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 125.816.546-51

Tomador do Serviço - CLIENTE DO CONTRIBUINTE

Nome / Razão Social: 25341 ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS

Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI, 173 - CRISTO REI

Município: Congonhas **Estado:** MG **CPF/ CNPJ :** 07.766.906/0001-60

Código	Quantidade	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	Aliq %	Preço Unitário	Valor Redução	Valor R$
1	1,0000	522 PRESTACAO DE SERVICOS GERAIS RETENCAO DE INSS CONFORME A LEGISLACAO VIGENTE	4,00	765,00	0,00	765,00

Prefeitura Municipal - DE - Congonhas - Minas

ISSQN --->	30,60	INSS --->	0,00	IRRF --->	0,00	Vlr. Redução R$ -->	0,00	Vlr. do Serviço R$ -->	765,00

'DIRETORIA DE TRIBUTAÇÃO E DE FISCALIZAÇÃO'
INFORMO QUE A N.F. ESTÁ DE ACORDO COM O SOLICITADO.
DECLARO QUE O SERVIÇO JÁ FOI EXECUTADO.

REQUERENTE ANA LUISE DA SILVA

ESTA NOTA SÓ É VÁLIDA ACOMPANHADA DO DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO MUNICIPAL CORRESPONDENTE

RECEBEMOS DE H.MED PRODUTOS MEDICOS LTDA ME OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.002.675 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3010 DCONV

H.MED PRODUTOS MEDICOS LTDA ME

R SANTA MARIA, 474 - SALA 12 - VILA STO ANTONIO, Sao Jose do Rio Preto, SP - CEP: 15014335 - Fone/Fax: 1730124818

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída **1**

Nº 000.002.675
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3523 0200 2255 5800 0175 5500 1000 0026 7510 3006 0521

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA A VISTA		135230308757457 - 28/02/2023 15:10
INSCRIÇÃO ESTADUAL 6472542f8115	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.	CNPJ / CPF 00.225.558/0001-75

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL			CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS			07.766.906/0001-60	28/02/2023
ENDEREÇO Rua Delfina Santos Corrêa, 173 -	BAIRRO/DISTRITO Cristo Rei		CEP 36414-438	DATA DE ENTRADA/SAÍDA
MUNICÍPIO Congonhas	FONE/FAX	UF MG	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE ENTRADA/SAÍDA

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	270,92

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
22,79	0,00	0,00	0,00	0,00	293,71

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	1-Destinatário (FOB)				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
PGC2530A19	PGC25 3-0 AG 19 MM Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 11,37	30061090	0102	6102	CX	1,0000	270,9200	270,92					

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
988810			

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Total aproximado de tributos federais, estaduais e municipais: 11,37	

2ª Via - Comprovante Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 293,71	**27/02/23** 13:30

Operação realizada com sucesso!

Informações gerais

Banco recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
23793380296101948895883006333302892740000029371

Instituição emissora - nome do banco
BANCO BRADESCO S/A

Código do banco	Código ISPB
237	**60746948**

Histórico do pagamento
PG BLOQTO

Beneficiário original / Cedente

Nome fantasia
MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

Nome / Razão social
MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

CPF / CNPJ
10.573.521/0001-91

Beneficiário Final

Nome fantasia
MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

CPF / CNPJ
10.573.521/0001-91

Pagador sacado

Nome / Razão social
ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA

CPF / CNPJ
07.766.906/0001-60

Pagador final - Correntista

Nome / Razão social
ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ
07.766.906/0001-60

Data de vencimento
27/02/2023

Data da Efetivação / Agendamento
27/02/2023

Valor nominal do boleto
293,71

Juros (R$)	Desconto (R$)
0,00	**0,00**
IOF (R$)	Abatimento (R$)
0,00	**0,00**
Multa (R$)	Valor calculado (R$)
0,00	**293,71**

Código da operação
058538423

Chave de segurança
X6ELOQGZ95MTZJRA

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

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

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

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3011
- DCONV -

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3012

RECEBEMOS DE Mimoto Comercio e Indústria Ltda EPP OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 006948 Série 3
Data de recebimento	Identificação e assinatura do recebedor	

Mimoto Comercio e Indústria Ltda EPP
Avenida Sete de Setembro, 1340, Centro
17.890-000 - Junqueirópolis - SP
Fone (18) 3841-3340 -
vendas@kalimquimica.com.br

DANFE
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0-Entrada
1-Saída [1]
Nº 006948
SERIE: 3
Página: 1 de 1

Controle do Fisco

Chave de acesso
3523 0517 9377 4300 0195 5500 3000 0069 4817 0007 2444

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

Natureza da operação	Protocolo de autorização de uso	
Venda de Mercadoria ST. p/ não contribuinte	135230661679084 02/05/2023 15:52:45	
Inscrição Estadual: 408.018.729.117	Inscr.est. do subst.trib.	CNPJ: 17.937.743/0001-95

Destinatário/Remetente

Nome / Razão Social	CNPJ/CPF	Inscrição Estadual	Data emissão
Associação protetores dos animais de rua de congonhas	07.766.906/0001-60		02/05/2023
Endereço	**Bairro**	**CEP**	**Data saída**
R DELFINA SANTOS CORREA, 173	CRISTO REI	36.414-438	02/05/2023
Município	**Fone/Fax**	**UF**	**Hora saída**
Congonhas		MG	15:52:45

Faturas

Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor	Número	Vencimento	Valor

Cálculo do imposto

Base de cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de cálculo do ICMS Subst.	Valor do ICMS Subst.	Valor do FCP ST	Valor total dos produtos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	355,00
Valor do frete	**Valor do seguro**	**Desconto**	**Outras despesas acessórias**	**Valor do IPI**	**Valor total da nota**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	355,00

Transportador/Volumes transportados

Nome	Frete por conta (1 - Contratação do Frete por conta do Destinatário (FOB))	Código ANTT	Placa do veículo	UF	CNPJ/CPF
Endereço	**Município**	**UF**	**Inscrição Estadual**		
Quantidade	**Espécie**	**Marca**	**Numeração**	**Peso bruto**	**Peso líquido**
0				0,000	0,000

Itens da nota fiscal

Código	Descrição do produto/serviço	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UN	Qtde	Preço un	Preço total	BC ICMS	Vlr.ICMS	Vlr.IPI	%ICMS	%IPI
K08	KALIM ALCOOL 70 5L	38089429	0102	6.101	UN	10,0000	35,50000	355,00	0,00	0,00	0,00	0,0000	0,00

Cálculo do ISSQN

Inscrição Municipal	Valor total dos serviços	Base de cálculo do ISSQN	Valor do ISSQN
	0,00	0,00	0,00

Dados adicionais

Observações	Reservado ao fisco
DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL 113,96 (32,10%) Federais R$ 50,06 (14,10%) Estaduais R$ 63,90 (18,00%)	

02/05/2023 15:52:51

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA

2ª Via - Comprovante Boleto

CAIXA

Valor	Data
R$ 355,00	**27/02/23** 13:32

Operação realizada com sucesso!

Informações gerais

Banco recebedor
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Representação numérica do código de barras
23793380296101947717582006333304592740000035500

Instituição emissora - nome do banco
BANCO BRADESCO S/A

Código do banco
237

Código ISPB
60746948

Histórico do pagamento
PG BLOQTO

Beneficiário original / Cedente

Nome fantasia
MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

Nome / Razão social
MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

CPF / CNPJ
10.573.521/0001-91

Beneficiário Final



Nome fantasia

MERCADOPAGO.COM REPRESENTACOES LTDA

CPF / CNPJ

10.573.521/0001-91

Pagador sacado

Nome / Razão social

EDILENE MARIA MARCOSSI

CPF / CNPJ

513.630.116-34

Pagador final - Correntista

Nome / Razão social

ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CPF / CNPJ

07.766.906/0001-60

Data de vencimento

27/02/2023

Data da Efetivação / Agendamento

27/02/2023

Valor nominal do boleto

355,00

Juros (R$)

0,00

Desconto (R$)

0,00

IOF (R$)

0,00

Abatimento (R$)

0,00

Multa (R$)

0,00

Valor calculado (R$)

355,00

Código da operação

058540451

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
305
DCONV

CAIXA

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: P S V

CNPJ: 31.441.340/0001-81

Instituição: CCLA ZONA DA MATA LTDA

Dados da transação:

Valor: R$ 12.832,69

Data/Hora: 03/02/2023 - 18:51:57

ID transação: E00360305202302032049f6df193c984

Código da operação: 14944327813

Chave de Segurança: AJRSLLEPRW7NQJWX

Chave Pix: 31441340000181

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 30 DDONV

PREFEITURA MUNICIPAL CONSELHEIRO LAFAIETE
Secretaria Municipal de Fazenda
Setor de Fiscalização Tributária
Avenida Prefeito Mario Rodrigues Pereira, nº 10 - Bairro Centro

Número da NFS-e
202300000000035
Código de Verificação
LDWGNRYMQ

NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e

Data da Emissão: 15/05/2023 Competência: Mai/2023 Natureza Operação: 1 - Tributação no município
Número do RPS / Lote: Situação Tributária ISSQN: Normal Local da Prestação: Conselheiro Lafaiete
Regime Especial de Tributação: ME - Microempresa Optante do Simples Nacional: Sim

Dados do Prestador de Serviço

Razão Social/Nome: PSV - PRONTO SOCORRO VETERINARIO LTDA
Nome Fantasia: P S V
CPF/CNPJ: 31.441.340/0001-81 Inscrição Municipal: 133614 Município: Conselheiro Lafaiete/MG Cep: 36400-041
Endereço: R BARAO DE QUELUZ, 97, TERREO, CENTRO
Telefone:(32) 3361-1099 e-mail: cmcontabilidademonteiro@gmail.com http

Dados do Tomador de Serviço

Razão Social/Nome: ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS- PARC
Nome Fantasia: APARC
CPF/CNPJ 07.766.906/0001-60 Inscrição Municipal: Município:Congonhas/MG Cep: 36415-000
Endereço: VICTOR DE FREITAS, 58, Sem compl., CENTRO
Telefone: e-mail: reisma@bol.com.br http

Descrição dos Serviços

	Descrição	Valor Unitário	Qtd	Valor do Serviço	Base de Cálculo (%)	ISS
	Diversos Serviços veterinários aos animais.	12.832,6900	1,00	12.832,6900	12.832,69 x 3,00	384,98

Descrição do serviço
Medicina veterinária e zootecnia.

CNAE
7500-1/00 - Atividades veterinárias

Retenções Federais

PIS/PASEP:	COFINS:	INSS:	IR:	CSLL:	Outras retenções:
R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00	R$ 0,00

Tributação ISSQN

Desc. condicionado (R$)	Des. Incondicionado (R$)	Deduções (R$)	Base de cálculo (R$)	Valor ISS (R$)
0,00	0,00	0,00	12.832,69	384,98

Valor bruto = R$ 12.832,69 **Valor líquido = R$ 12.832,69**

Outras Informações

Esta NFS-e foi emitida com respaldo nas leis 20/2009 e 101/2017.
Prestador de serviços optante pelo Simples Nacional. Alíquota do ISS 3%
Situação desta NFS-e: Normal
Documento emitido por ME ou EPP optante pelo simples Nacional.

Valor aproximado do tributo federal - R$ 1.726,00 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 365,73 (2,85%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

NFS-e - NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA

N: 20	Emitida em: 13/01/2023 as 11:09:19	Competência: Janeiro/2023	Código de verificação: 50JXSOSGU

Nome fantasia:
Nome/Razão social: PS VETERINARIO LTDA
CPF/CNPJ: 48.332.358/0001-48 Inscrição municipal: 14253
Endereço: AV JULIA KUBITSCHEK Número: 568 Bairro: CENTRO CEP: 36410-084
Complemento: LOJA 01
Município: Congonhas UF:MG Inscrição estadual:
Telefone: (31) 3731-1972 E-mail: sercontacl@yahoo.com.br

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 30 DCONV

Tomador do(s) Serviços(s)

Nome fantasia: PARC
Nome/Razão social: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
CPF/CNPJ: 07.766.906/0001-60 Inscrição municipal:8364 Inscrição estadual:
Endereço: DELFINA SANTOS CORREA COMP CRISTO REI Número: 173 Bairro: CRISTO REI CEP: 36414-418
Complemento: ...
Município: Congonhas UF: MG
Telefone: Celular: (31) 99442-6931 Email: contabilidademaxrufo@yahoo.com.br

Discriminação do(s) Serviço(s)

	Aliq. (%)
TERMO DE FOMENTO 03/2022, FIRMADO ENTRE APARC E O MUNICÍPIO DE CONGONHAS. SERVIÇOS PRESTADOS REFERENTE A CONSULTA, CIRURGIA, INTERNAÇÃO, EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE IMAGEM E ETC.	3,00

CNAE:

Subitem Lista de Serviços LC 116/03 / Descrição:
05.02 - Hospitais, clínicas, ambulatórios, prontos-socorros e congêneres, na área veterinária.

Cod/Município da incidência do ISSQN:	Natureza da operação:	Situação Tributária:	Optante Pelo Simples:
3118007 / Congonhas	Tributação no município	Normal	Sim

	Valor dos serviços:	**R$ 11.909,29**	
(-) Descontos (condicionados + incondicionados):	R$ 0,00	(-) Deduções:	R$ 0,00
(-) Retenções federais:	R$ 0,00	(-) Desconto incondicionado:	R$ 0,00
(-) ISS retido na fonte:	R$ 0,00	(=) Base de cálculo:	R$ 11.909,29
(=) Valor líquido:	**R$ 11.909,29**	(=) Valor ISS:	R$ 357,28

Retenções federais:
PIS: R$ 0,00 COFINS: R$ 0,00 INSS: R$ 0,00 IR: R$ 0,00 CSLL: R$ 0,00 Outras retenções: R$ 0,00

Valor aproximado do tributo federal - R$ 1.601,80 (13,45%), estadual - R$ 0,00 (0,00%), municipal - R$ 344,18 (2,89%) , com base na Lei 12.741/2012 e no Decreto 8.264/2014 - Fonte: IBPT

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
Endereço: Praça Presidente kubitschek Número: 135 Bairro: Centro CEP: 36415-000
Congonhas MG
Email: gabinete@congonhas.mg.gov.br Telefone:(31)3731-1300

Verificar autenticidade

Esta nota fiscal não foi assinada digitalmente.

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3033
DCONV

2ª Via - Comprovante de transferência eletrônica disponível

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

Conta origem:	1044 / 003 . 00003005-5
Tipo de TED:	TED para terceiros
Banco:	197 - STONE PAGAMENTOS S.A. - 16501555
Tipo de conta:	01 - Conta Corrente
Conta destino:	0001 / 00006206114-8
Tipo de pessoa:	JURÍDICA
Nome:	PS VETERINARIO LTDA
CPF/CNPJ:	48.332.358/0001-48
Valor:	11.909,29
Valor da tarifa:	11,00
Finalidade:	10 - Crédito em Conta
Identificação da transferência:	
Histórico:	TED
Data / Hora da operação:	06/02/2023 - 08:44:21
Código da operação:	00115739
Chave de segurança:	WN2VSVF6GEUX9SSV

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

CPFS AUTORIZADORES

RETORNAR

CAIXA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3019
DCONV

Comprovante de Pix enviado

Via Internet Banking CAIXA

Dados do pagador:

Nome: ASSOC PROT ANIMAIS RUA CONGONHAS

CNPJ: 07.766.906/0001-60

Instituição: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CPFs autorizadores: ***.630.116-**, ***.178.263-**

Dados do recebedor:

Nome: CLINICA VETERINARIA MUNDO ANIMAL LTDA

CNPJ: 11.155.551/0001-40

Instituição: BANCO DO BRASIL S.A.

Dados da transação:

Valor: R$ 20.258,02

Data/Hora: 06/02/2023 - 11:03:51

ID transação: E00360305202302061355160d661c8ca

Código da operação: 14996616042

Chave de Segurança: X3KJ1KTE7CQA4JRY

Chave Pix: 11155551000140

Caso tenha dúvidas ou não reconheça esta transação, entre em contato com o Alô CAIXA e informe o ID da Transação presente neste comprovante.

Alô CAIXA: 0800 104 0104 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 01 04

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Ouvidoria: 0800 725 7474

Pessoas com Deficiência Auditiva: 0800 726 2492

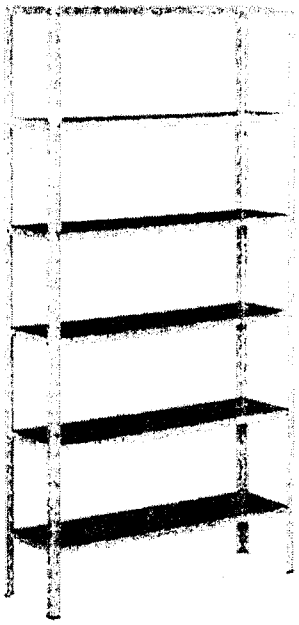
Não importa o momento, a CAIXA está sempre com você. Para mais informações consulte a página www.caixa.gov.br/caixacomvoce/

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3020 - DCONV -

Enviar para Edilene Rua Delfina Santos Corrêa 173

Você também pode gostar: estante de aço usada - armario baixo - armario escritorio com chave - movel de canto - prateleira de ferro

Voltar à lista Casa, Móveis e Decoração > Móveis para Casa > Móveis de Armazenamento > Armários > Armários para Escritório Compartilhar



Novo | +10mil vendidos

Estante / Armario De Aço 30cm 6 Bandejas Cinza Suporta 120kg

★★★★½ (80)

Mais vendidos 2º em Armarios para Escrito

R$ 198,98

em 12x R$ 19,29

Ver os meios de pagamento

Entrega a combinar com o ver
São Paulo, São Paulo
Ver custos de envio

Estoque disponível

Quantidade: **5 unidades** (1799 dis

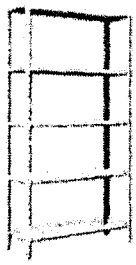
Comprar agora

Compra Garantida: Receba o produt esperado ou devolvemos o dinhei

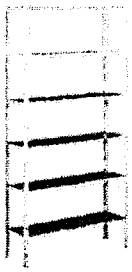
Mercado Pontos. Você acumula 24

90 dias de garantia de fábrica

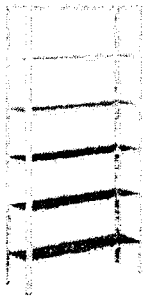
Anúncios do vendedor



R$ 179,88
12x R$ 17,44
Estante / Armario De Aço 30cm 5 Bandejas Cinza...



R$ 600
12x R$ 58,17
Frete grátis
Estante De Aço C/6 Band Mod/30 Fácil De Montar...



R$ 228,98
12x R$ 22,20
Estante Aço Multi-uso 40cm 6 Prateleiras 30kg/prat Cinza

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
São Paulo, São Paulo

MercadoLíder Platinum
[illegible] milhares de vendas

+1000
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	EST
Modelo	EST30lv
Cor	Cinza

Garantia

Compra Garantida com o Mercado

Receba o produto que está esperando ou devolvemos o seu dinheiro

Garantia do vendedor

Garantia de fábrica: 90 dias

Altura x Largura x Profundidade	198 cm x 92 cm x 30 cm



Outras características

Material: Aço

Quantidade de portas: 6

Quantidade de prateleiras: 6

Descrição

ESTANTE DE AÇO COM 6 BANDEJAS CINZA SUPORTA 120KG TOTAL DISTRIBUÍDO
COR: CINZA
BANDEJAS: 6
MATERIAL: AÇO
MEDIDAS (ALTURA X LARGURA X PROFUNDIDADE) : 198x92x30 CM

COLUNA INTEIRA , O QUE PERMITE MAIS SUSTENTAÇÃO SEM TORCER O MATERIAL OU BAMBEAR.

PRODUTO DE QUALIDADE !!!!!!

ATENÇÃO **** VALOR DO FRETE NÃO INCLUSO - PARA CALCULO DO FRETE UTILIZE O CAMPO DE PERGUNTAS - ******

PINTURA EM EPÓXI COM TRATAMENTO ANTI FERRUGINOSO PARA AGUENTAR MAIS TEMPO - INCLUSIVE MARESIA-
SUPORTA 20KG POR BANDEJA
MATERIAL DESMONTADO - ACOMPANHA PARAFUSOS E PORCAS PARA MONTAGEM-
ENVIO EM 3 DIAS ÚTEIS

Perguntas e respostas

Qual informação você precisa?

Meios de pagamento | Garantia

Está com dúvidas?
Estes olalhos ajudarão você a encontrar o que busca

Pergunte ao vendedor

Perguntar

Últimas perguntas feitas

Pode colocar então por favor

Boa tarde, ok vamos ficar com as 6 unidades. Pode gerar o anuncio por favor.

Pode colocar no anuncio e manda o link

Oi boa tarde, quero comprar duas unidades Quanto fica o frete para 35180-010?

Saiba mais sobre garantia

Meio de pagamento

Ate 12x sem cartão

Cartões de crédito

Pague em até 12x!

Cartões de débito

Boleto bancário

Conheça outros meios de pagamento

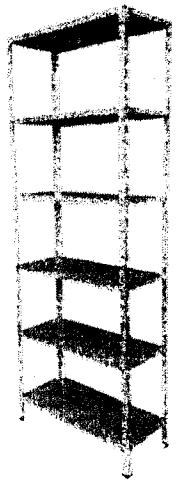
PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 30 DCONV

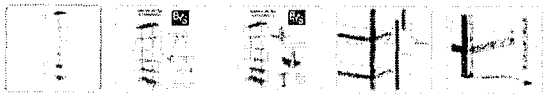
a casa é sua · tuuudo pra sua casa com até 40% de desconto ·

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis moveis beleza e perfumaria

favoritar compartilhar





Estante de Aço com 6 Prateleiras de 30x67cm Cinza

4.7 (101 avaliações) (3 perguntas)

Desde 2000 fabricamos móveis de qualidade - Produtos de nossa fabricação - Compre sem intermediários - Se preferir, pode retirar em nossas instalações Descrição: - Estante de Aço 6 Prateleiras Reguláveis - Cor Cinza - Suporta até 15...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 172,10

até 3x de R$ 57,36

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP OK

Este produto é vendido por BMS Móveis Ilha e entregue por **Americanas**, que garante a sua compra, do pedido à entrega saiba mais

quem viu este produto viu também



estante de aço 5 prateleiras 25cm cinza multi-uso bms

112 avaliações

R$ 173,90

3x de R$ 59,30 sem juros no cartão de crédito

frete grátis

patrocinado



sofá 3 lugares retrátil e reclinável cama inbox...

291 avaliações

~~R$ 1.369,00~~ -28%

R$ 979,90

8x de R$ 122,48 sem juros no cartão de crédito

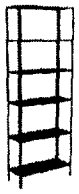


estante de aço 6 prateleiras 40cm cinza com defeito

3 avaliações

R$ 208,20

4x de R$ 52,05 sem juros no cartão de crédito



estante aço 6 prateleiras eaf013 preto

1 avaliação

R$ 205,90

4x de R$ 51,47 sem juros no cartão de crédito

esta... 30cm ci

R$ 189

3x de R$ ... ao crédito

produtos patrocinados

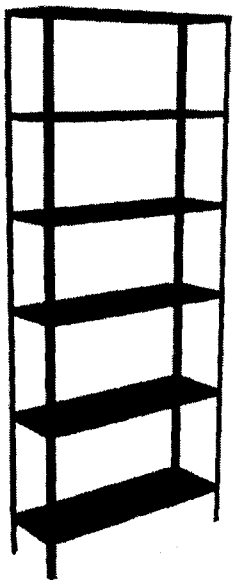
Cookies: a gente guarda informações de visitas para melhorar a sua experiência de navegação, saiba mais em nossa política de privacidade.

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3073 DCONV

Estante 6 Prateleiras Aço Livros Quarto Cozinha EAF013 - Elite Aço

Código ccfe5c3f9a | Ver descrição completa | Elite Aço





4.3 (139) Avaliar produto

Vendido por **Multio**

Entregue por **magalu**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 199,90

ou 3x de R$ 66,63 sem juros

Cartão de crédito sem juros	R$ 199,90 3xR$ 66,63

COMPRAR AGORA

ADICIONAR À SACOLA

Calcular frete e prazo

Quem viu este produto, viu estes também



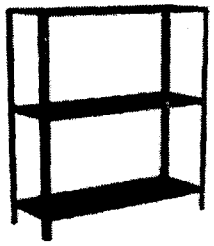
Prateleira Estilo Industrial 37X20X60

11

~~R$ 82,27~~

R$ 70,84

no PIX (14% de desconto)

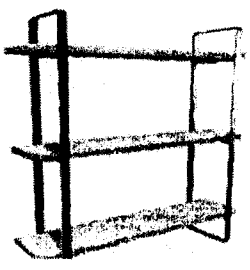


Estante 3 Prateleiras Aço Livros Quarto Cozinha Fer EAF007

78

R$ 119,90

ou 2x de R$ 59,95 sem juros



Estante 6 Prateleiras Aço Livros Qu... R$ 199,90 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

Digite sua busca aqui

CRISTAL

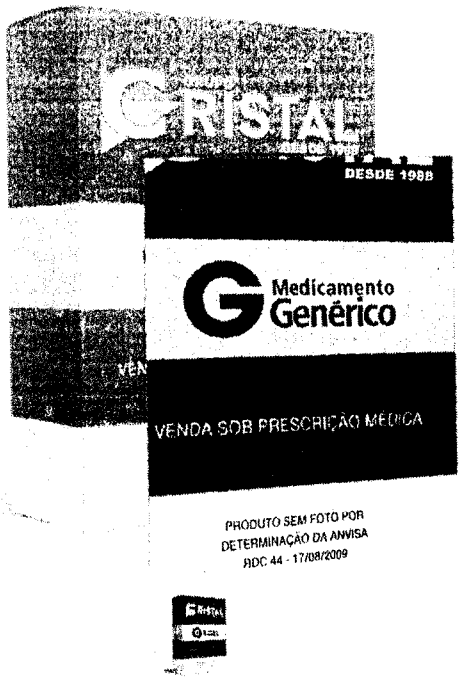
Minha Conta

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3024
DCONV

Categoria: MEDICAMENTOS DEMAIS MEDICAMENTOS

FUROSEMIDA 20MG, 100X2ML, IV/IM, SANTISA, GENERICO

SKU: 005338



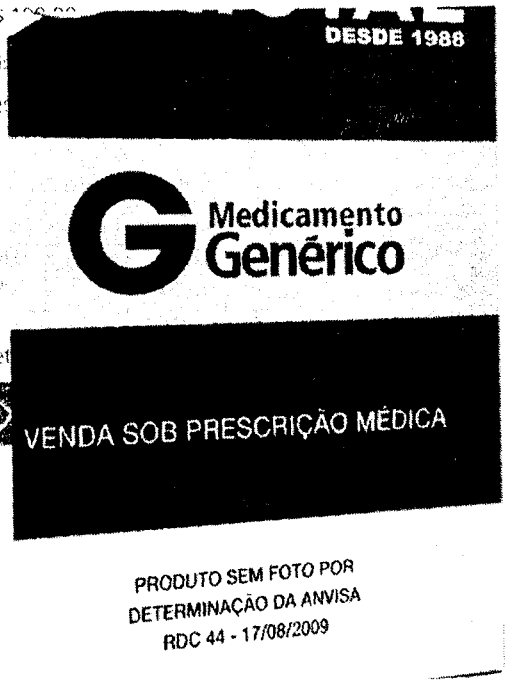
R$ 216,00

2X sem juros de R$

Para pagamentos à vi

Valor com desconto R$

Compartilhe este



Esporário, Avi
quando disp

Veja o valor do fret

CEP

Categoria: Diuréticos
Marca: Santisa
Princípio Ativo: Furosemida
Especialidades: Cardiologia,Nefrologia
Tipo Med.: Genérico
Conservação: de 15 a 30 graus
Pode comprar: CNPJs autorizados,Profissionais saúde
Restrição: Hospitalar

(0)

Descrição Avaliações

Uso intravenoso ou intramuscular. Uso adulto e pediátrico. Reg MS 1018600320012

Este medicamento é destinado ao tratamento de edemas devido a doenças cardíacas e doenças hepáticas (ascite); edemas devido a doenças renais (na síndrome nefrótica, a terapia da doença causal tem prioridade); insuficiência cardíaca aguda, especialmente no edema pulmonar (administração conjunta com outras medidas terapêuticas); eliminação urinária reduzida devido à gestose (após restauração do volume de líquidos ao normal); edemas cerebrais como medida de suporte; edemas devido a queimaduras; crises hipertensivas (em adição a outras medidas anti-hipertensivas); indução de diurese forçada em envenenamentos.

Não deve ser usada em pacientes com insuficiência renal com anúria; pré-coma e coma associado à encefalopatia hepática; hipopotassemia severa; hiponatremia severa; hipovolemia (com ou sem hipotensão) ou desidratação; hipersensibilidade a furosemida, às sulfonamidas ou a qualquer componente da fórmula.

Pelo convênio com o Estado do Pará

MERCE

FRETE GRÁTIS ACIMA DE R$ 300,00 PARA RONDÔNIA

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3035
- DOONV -



FUROSEMIDA 20MG/2ML 2ML (GENERICO) – HIPOLABOR

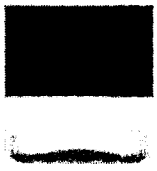
R$3,00 935 em estoque

em até 6x de R$0,50 s/ juros

ou R$2,70 à vista

VENDA APENAS SOB APRESENTAÇÃO DE CRM, CRO, CRMV.

IMAGEM NÃO PERMITIDA RDC 96/2008 ANVISA



- 1 + COMPRAR

Atendimento Online

SKU: 685

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição Informação adicional

Descrição

A venda desse medicamento é restrita, pois nós somos distribuidores, que ao contrário de farmácias, não fazemos retenção de receitas médicas. A comercialização via CPF é permitida para profissionais que possam responder pelo uso desse medicamento, como Médicos, Médicos Veterinários, Dentistas e Biomédicos com habilitação em estética, tendo a obrigatoriedade de enviar a cópia frente e verso de suas respectivas carteiras profissionais, em um dos nossos canais de atendimento; e-mail: distrimedph@gmail.com , ou WhatsApp (69) 99997-0788. A

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

HOSPITALAR Distribuidora

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3026 DCONV

Digite Aqui

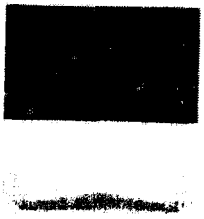






VENDA APENAS SOB APRESENTAÇÃO DE CRM, CRO, CRMV.

IMAGEM NÃO PERMITIDA RDC 96/2008 ANVISA



Furosemida 20mg Injetável 2ml (Lasix) - Genérico - Hypofarma

Por: **R$ 375,00**



em até 3x de R$ 125,00 s/ juros

ou R$ 363,75 à vista no boleto bancário

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3027
DCONV

Opção

Caixa com 100 unidades

1 + -

COMPRAR

Calcular o Frete

OK

Não sei meu CEP

Descrição

A venda desse medicamento é restrita, pois nós somos **distribuidores**, que ao contrário de farmácias, **não fazemos retenção de receitas médicas**. A comercialização via CPF é permitida para profissionais que possam responder pelo uso desse medicamento, como **Médicos, Médicos Veterinários e Dentistas**, tendo a obrigatoriedade de enviar a **cópia frente e verso** de suas respectivas carteiras profissionais no nosso e-mail de contato **(vendas@hospitalardistribuidora.com.br)**. A venda para CNPJ deverá ser enviado no mesmo e-mail de contato, as cópias do **Alvará Sanitário. Certificado de Regularidade Técnica** e o **Contrato Social.**

Furosemida

Solução injetável - embalagens com ampolas com 2 ml

USO ADULTO E PEDIÁTRICO

COMPOSIÇÃO -

Cada ml contém:

Furosemida ..... 10 mg

Veículo q.s.p. ..... 1 ml

INFORMAÇÃO TÉCNICA - LASIX Solucao injetavel

A furosemida solução injetável, é um diurético do grupo dos saluréticos e tem ação em todas as regiões do néfron, com exceção do túbulo distal, com predomínio de ação no segmento ascendente da alça de Henle.

Mesmo em presença de filtração glomerular insuficiente, a furosemida promove um aumento da eliminação de sódio e água.

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3029
CONV -

MAGAZINE MÉDICA.COM

(/)

Entre (/accounts/registro/login/)
OU
cadastre-se (/accounts/registro/login/)
ccounts/registro/login/)

Meus pedidos (/historico/)

Fale conosco (/ajuda/)

0

O que você procura?

INICIAL (/) / MEDICAMENTOS (/CATEGORIAS/MEDICAMENTOS/) / VASOPRESSORES (/CATEGORIAS/MEDICAMENTOS/VASOPRESSORES/) / SULFATO DE EFEDRINA 50MG/ML COM 50 AMPOLAS HIPOLABOR

Sulfato de Efedrina 50mg/Ml com 50 Ampolas HIPOLABOR

Cód.: 14597

Instalar aplicativo

Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/sulfato-de-efe com-50-ampolas-hipolabor/)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/sulfato-de-efedri 50mgml-com-50-ampolas-hipolabor/)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/sulfato-de-efedrina-50mgml-com-50-ampolas-hipolabor/)

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3029 - DCONV -

Hipolabor (/marcas/hipolabor/)

É revenda e tem inscrição estadual?

De ~~R$ 492,50~~

Por R$ 374,30 à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 378,24** sem juros (4% de desc. já calculado)
No cartão **R$ 394,00** em **3x de R$ 131,34** sem juros

FORMAS DE PAGAMENTO ()



Este produto é de venda exclusiva para hospitais e prefeituras. Sua compra será liberada somente mediante apresentação de alvará sanitário correspondente, conforme legislação vigente. Pedimos que envie uma cópia do alvará sanitário para farmaceutico@magazinemedica.com.br (mailto:farmaceutico@magazinemedica.com.br) em até 5 dias para manter seu pedido e no assunto coloque o número do pedido.

Restam apenas **1 CAIXA** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

1

Comprar

Baixar App

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

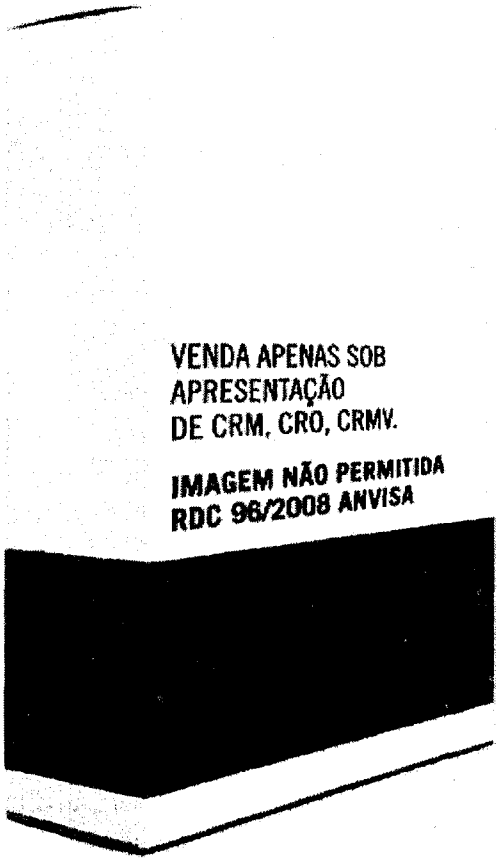
HOSPITALAR
Distribuidora

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3039
DCONV

Digite Aqui

VER CATEGORIAS

Hospitalar Distribuidora / Medicamentos



Sulfato de Efedrina 50 mg/ml 1 ML - Cristalia

Por: R$ 1.849,00

em até 3x de R$ 616,33 s/ juros

ou R$ 1.793,53 à vista no boleto bancário

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3031
DCONV

Opção

Caixa com 100 unidades

1 + -

COMPRAR

Calcular o Frete

OK

Não sei meu CEP

Descrição

A venda desse medicamento é **restrita**, pois nós somos **distribuidores**, que ao contrário de farmácias, **não fazemos retenção de receitas médicas**. A comercialização via CPF é **permitida para profissionais** que possam responder pelo uso desse medicamento, como **Médicos, Médicos Veterinários, Dentistas e Biomédicos com habilitação em estética**, tendo a obrigatoriedade de **enviar a cópia frente e verso** de suas respectivas carteiras profissionais, em um dos nossos canais de atendimento; **e-mail: atendimento@hospitalardistribuidora.com.br** , ou **WhatsApp (18) 99764-2232**. A venda para CNPJ deverá ser enviado nos mesmos canais de contato, as cópias do **Alvará Sanitário**, **Certificado de Regularidade Técnica** e o **Contrato Social.**

Indicações

A Efedrina é indicado primeiramente para contrabalançar os efeitos hipotensivos das anestesias raquidianas ou outros tipos de anestesia condutiva não tópica. É também usado como agente pressor em estados hipotensivos após simpatectomia ou após superdosagem de agentes bloqueadores ganglionares, agentes anti-adrenérgicos, alcalóides do veratrum ou outras drogas usadas para diminuir a pressão arterial. É algumas vezes utilizada para aliviar broncoespasmo, mas é menos efetiva que a adrenalina nesse propósito. **Composição**

Cada ampola contém: - Sulfato de efedrina 50 mg Veículo: água para injeção.

Apresentação

A efedrina é apresentada em solução injetável: caixa com 50 ampolas de 1 ml. (valor anunciado refere-se a 1 ampola)

CADASTRE-SE E RECEBA NOSSA NEWSLETTER

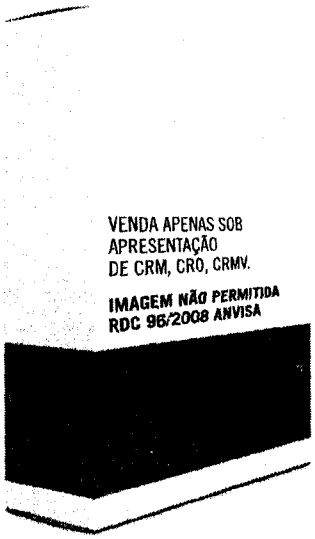
PAGUE EM 6x SEM JUR

Pesquisar Produtos...

Hospitalar Odontologia Descartáveis Medicamentos

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3034 DCONV

0 item



EFEDRINA 50MG/ML 1ML (EFEDRIN) – CRISTALIA

R$15,96 720 em estoque

em até 6x de R$2,66 s/ juros

ou R$14,36 à vista

- 1 + COMPRAR

Adicionar aos Orçamentos

SKU: 626

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição Informação adicional

Descrição

A venda desse medicamento é restrita, pois nós somos distribuidores, que ao contrário de farmacias, não fazemos retenção de receitas médicas. A comercialização via CPF é permitida para profissionais que possam responder pelo uso desse medicamento, como Médicos, Médicos Veterinários, Dentistas e Biomédicos com habilitação em estética, tendo a obrigatoriedade de enviar a cópia frente e verso de suas respectivas carteiras profissionais, em um dos nossos canais de atendimento; e-mail: distrimedph@gmail.com , ou WhatsApp (69) 99997-0788. A venda para CNPJ deverá ser enviado nos mesmos canais de contato, as cópias do Alvará Sanitario, Certificado de Regularidade Técnica e o Contrato Social.

Compartilhar no Facebook

Tweet This Product

Pin This Product

Envie este produto por email

Produtos relacionados

PREFEITURA M. CUIABÁ
FOLHA
3033
- DCONV -

Este produto possui 1 variação(ões), escolha abaixo.

Plug Adaptador PRN Dispositivo Luer de Acesso Fechado IV BD

PLUG PRN LUER LOCK FECHADO IV BD BD

Plug Adaptador PRN Dispositivo Luer de Acesso Fechado IV BD

Ver descrição completa

Plug Adaptador PRN Dispositivo Luer De Acesso Fechado IV BD

Quantidade:

R$ 5,00 - 1 +

Entrega expressa

Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

Calcule seu frete: CALCULAR

Compra 100% segura - PCI Certified Vtex

Loja Confiável nota dos clientes 4,5/5

Devolução gratuita sem complicações em até 7 dias após o recebimento

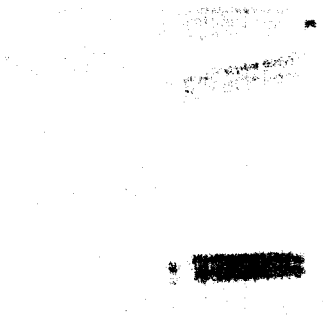
O Plug Adaptador Prn L Lock 3/4 Curto - Dispositivo Luer De Acesso Fechado Iv Ref. 385116 ou 385111 - BD é um dispositivo simples e eficaz.

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3034 - DCONV -

Informe seu CEP

Você também pode gostar: thicken up - solosite - scalp 23 - hialuroni caps - camapu - capa peniana





Novo | 5 vendidos

Adaptador Prn Plug Luer Macho Intravenoso 0,1ml 50

R$ 128,90

em 12x R$ 12,50

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (+ 49 disp

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 32

Anúncios do vendedor

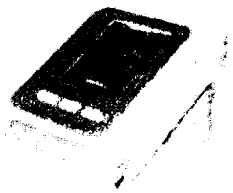


R$ 732,90

10x R$ 73,29 sem juros

Frete grátis

Balança corporal digital pediátrica Balmak Móbile...

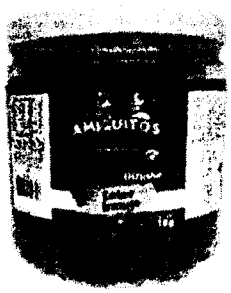


R$ 598,80

10x R$ 59,88 sem juros

Frete grátis

Aparelho medidor de pressão arterial digital de braço...



R$ 34,80

12x R$ 3,37

Bifinhos Caninos Amiguitos 1 Kg Sabores Sabor Frango

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

Mooca, Mooca, São Paulo

MercadoLíder Gold

+100

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	PRN
Modelo	PRN
Formato de venda	Kit

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

Cartões de crédito

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3035 DCONV

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis móveis beleza e perfumaria

página inicial > casa e construção > materiais elétricos > plugs e adaptadores > adaptador de tomada

favoritar compartilhar

Adaptador Prn Plug Macho Luer Lok Intravenoso 0,1ml 50 Unidades

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

O Conector Injetor Luer é um dispositivo para adaptação nos dispositivos de infusão para retenção e adição de medicamentos. Garantindo a estanqueidade após perfuração de agulhas através do disco cicatrizante. modo de usar: 1- Fazer...

mais informações

política de troca e devolução

~~R$ 114,55~~

R$ 108,82

no boleto

R$ 114,55 em até 2x de R$ 57,27

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP

OK

Este produto é vendido por LIMED MOGI e entregue por **Americanas**. Ao efetuar a sua compra do pedido a entrega sabe mais

quem viu este produto viu também



kit oxigênio portátil 5 litros bolsa marinho com rodinha...

7 avaliações

R$ 1.420,98

8x de R$ 177,62 sem juros no cartão de crédito



kit oxigênio 5l bolsa verde com rodinhas sem carga...

sem avaliações

R$ 1.452,98

8x de R$ 181,62 sem juros no cartão de crédito



pito para imobilização de cavalos promoção

sem avaliações

R$ 36,50

1x de R$ 36,50 sem juros no cartão de crédito



trena laser bosch glm 40 alcance 40m com bolsa...

1 avaliação

~~R$ 449,99~~

R$ 404,91

em 1x no cartão de crédito

frete grátis

R$ 44,(

produtos patrocinados

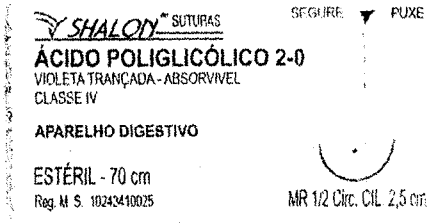
PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3036
DCONV

MAGAZINE MÉDICA.COM

(/)

Fio Sutura ÁCido Policlicolic a Unidade SHALON (2-0-AG-2,5cm)

Cód.: 3089



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3037
DCONV

Compartilhe no Facebook

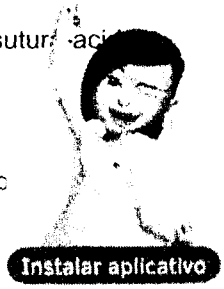
(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/fio-sutura-acido-policlicolic-a-unidade-shalon_2-0-ag-2-5cm)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/fio-sutura-acido-policlicolic-a-unidade-shalon_2-0-ag-2-5cm)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/fio-sutura-acido-policlicolic-a-unidade-2-5cm)



SHALON (/marcas/shalon/)

Clique aqui e pague preço de atacado.

De ~~R$ 9,66~~

Por **R$ 8,26** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 8,35** sem juros (4% de desc. já calculado)

FORMAS DE PAGAMENTO ()



Escolha dentre as opções

TAM

2-0-AG-2,5CM

Restam apenas **98 UNIDADES** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

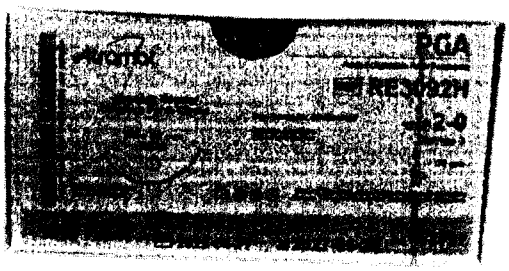
1

Comprar

PREFEITURA MUNICIPAL CONGONHAS
FOLHA 3038
- DCONV -

CirúrgicaFlorianópolis

ENVIAMOS PARA TODO BRASIL | PARCELE SUAS COMPRAS | 10% DE DESCONTO NA PRIMEIRA COMPRA | COMPRA SEGURA



FIO SUTURA ÁCIDO POLIGLICÓLICO VIOLETA 2-0 AG CILÍNDRICA 3/8 30MM - RE3092H - ATRAMAT

Marca: **Atramat**
Referência: **RE3092H**

R$ 342,72
ou **3x** de **R$ 114,24** Sem juros MasterCard - Vindi
Mais informações

1 COMPRAR

FRETE: 00000-000 OK

DESCRIÇÃO GERAL

Fio de Sutura Ácido Poliglicólico 2-0 Violeta - Atramat

CÓDIGO: RE3092H

FIO

Material: Ácido Poliglicólico

US: 2

Cor: Violeta

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

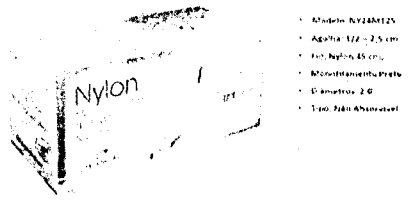
busque aqui seu produto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3039 - DCONV -

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis

página inicial › artesanato › armarinho e aviamento › fitas e fios

favoritar compartilhar



Fio De Sutura Nylon 2-0 45cm Agulha 1/2 (25mm) 24 Und Technofio, Fio Sutura, Monofilamento Sutura, Monofilamento para Sutura, Fio Agulhado, Fio Nylon Agulhado, Fio Nylon, Fio Náilon, Nylon para Ponto

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Fio de sutura não absorvívelA sutura de Nylon Monofilamento Preto Technofio – Fio de Sutura é do tipo não absorvível, estéril e composta por um fio de poliamida de cadeia alifática longa de polímeros de nylon 6 e nylon 6.6. O produt...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 69,80

quantidade

1 unidade

os mais vendidos da categoria



patrocinado

fio náutico 5mm circulo 500g

sem avaliações

R$ 37,43

1x de R$ 37,43 sem juros no cartão de crédito



corda de sisal natural 6mm rolo aprox. 67mts arranhad...

1 avaliação

R$ 25,90

1x de R$ 25,90 sem juros no cartão de crédito



vestido infantil princesa realeza daminha rose festa ...

sem avaliações

R$ 135,00

6x de R$ 22,50 sem juros no cartão de crédito

frete grátis



sutiã adesivo fita levanta peito seios mamas fita boo...

sem avaliações

R$ 18,90

1x de R$ 18,90 sem juros no cartão de crédito



fio a... curoror

R$ 5,2...

produtos patrocinados

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
348
DCONV

Inform e seu CEP

Voltar à lista Saúde > Equipamento Médico > Instrumentos Médicos > Fios de Suturar



Novo | 10 vendidos

Fio De Sutura Em Nylon Com Agulha 2,0 Cm Cx C Unidade

R$ 48,22

em 12x R$ 4,67

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e custos de envio.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

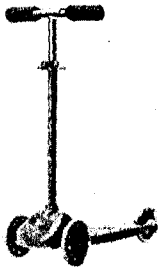
Quantidade: 1 unidade

Frete grátis comprando 2 ou mais unidades

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Anúncios do vendedor



R$ 283,24
9x R$ 31,47 sem juros
Frete grátis
Patinete Atrio 3 rodas Unicorn rosa e azul-celeste para...



R$ 37,67
12x R$ 3,65
Urinol Feminino Descartavel Pacote C/ 10und



R$ 299,85
9x R$ 33,32 sem juros
Frete grátis
Patinete Atrio 3 rodas led preto para crianças

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

MercadoLíder

+500
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Supermedy
Modelo	fio de sutura
Formato de venda	Kit
Unidades por kit	24

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

mercado crédito

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 304 DCONV

Informe seu CEP

Compartilhar



Novo | +5 vendidos

Fio De Sutura Vetsuture Ácido Poliglicólico 2-0 C Ag

R$ 200

em 12x R$ 19,39

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (+332 disponíveis)

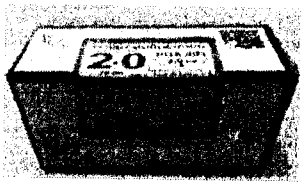
Comprar agora

Adicionar ao carrinho

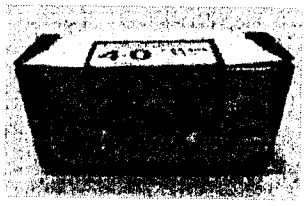
Mercado Pontos Você acumula 50

Tem 3 meses de garantia de fábrica.

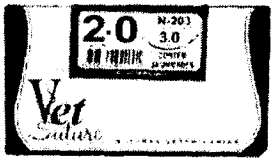
Anúncios do vendedor



R$ 80
12x R$ 7,76
Frete grátis
Fio De Sutura Vetsuture Pga Ácido Poliglicólico 2-0 Com...



R$ 80
12x R$ 7,76
Frete grátis
Fio De Sutura Vetsuture Pga Ácido Poliglicólico 4-0 Com...



R$ 50
12x R$ 4,85
Fio De Sutura Vetsuture Nylon 2-0 Com Agulha 3 Cm

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
Pinheiros - São Paulo

+50
Vendas nos últimos 365 dias

Presta bom atendimento

É pro

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	VETSUTURE
Modelo	PGA ÁCIDO POLIGLICÓLICO 2-0
Formato de venda	Unidade
Unidades por kit	24

Garantia

Garantia do vendedor

Garantia de fábrica: 3 anos

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

mercado crédito

Cartões de crédito

Parcelamento em 12x

PREFEITURA M. CONCEIÇÃO DOS GOYTACAZES
FOLHA 3049
DCONV

Informe seu CEP

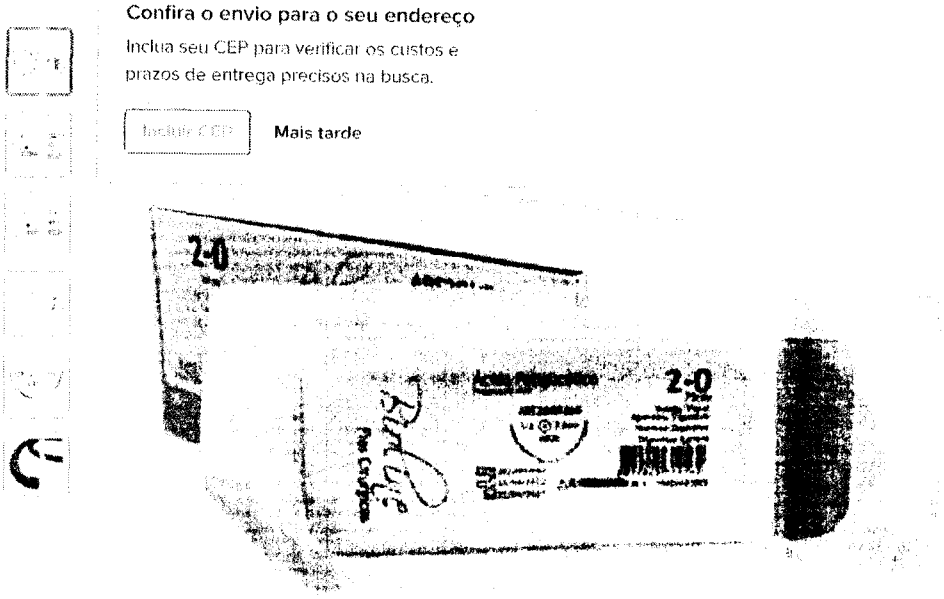
Voltar a lista

Compartilhar

Confira o envio para o seu endereço

Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.

Inclua o CEP | Mais tarde



Novo | +1 vendidos

Abs Fio Ácido Poliglicólic 2-0 70cm 1/2 R 2,6cm - Bioline

R$ 329[89]

em 10x R$ 32[99] sem juros

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio

Calcular o prazo de entrega

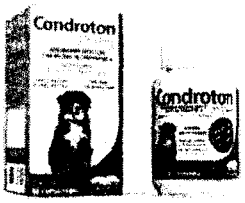
Último disponível!

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 52

Anúncios do vendedor



R$ 250[18] 5% OFF

5x R$ 31,27 sem juros

Frete grátis

Condroton 1000 Mg C/ 60 Comprimidos - Vetnil



R$ 49[68]

3x R$ 16,56 sem juros

Phenodral Display C/ 3 Ampolas De 15 Ml - Ucb



R$ 459[99]

10x R$ 46 sem juros

Frete grátis

Condroton Plus 500 Gr - Vetnil

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

Mercadolider Gold

+500 Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Bio Line
Modelo	Agulhado
Cor	Violeta
Formato de venda	Caixa

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

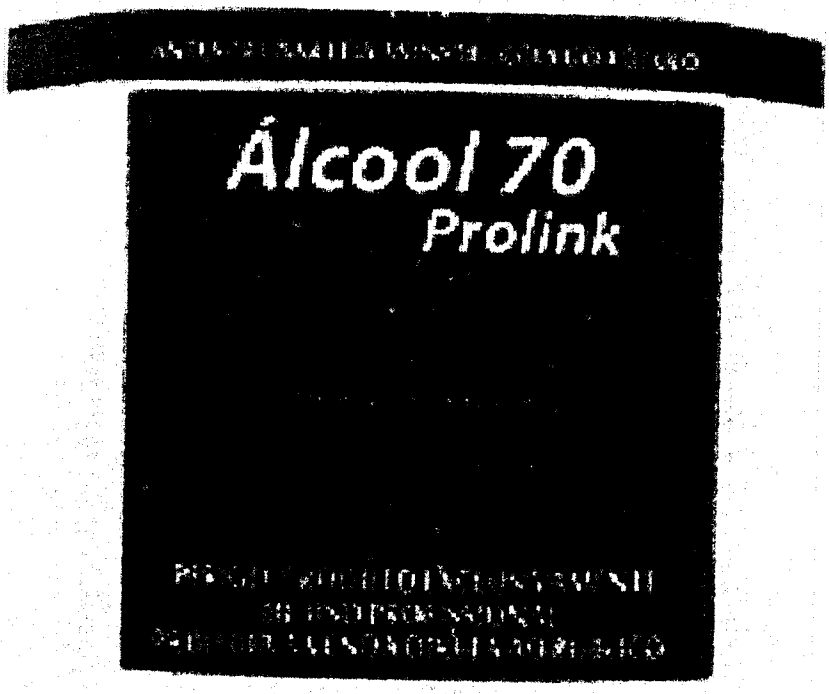
Ver mais meios de pagamento

Até 12x sem cartão

mercado pago

Cartões de crédito

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
304
DCONV



ALCOOL 70% 5L PROLINK

de R$ 76,68
por R$ 46,08

Produto Indisponível - Avise-me quando chegar

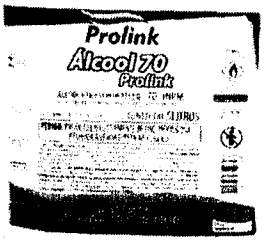
Digite seu Nome

Digite seu Email

Não sou um robô

Garanta o seu pedido com FRETE FIXO R$ 9,90 para sul e sudeste | R$ 14,90 para as demais regiões

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3046 DCONV



Álcool Etílico Hidratado 70° 5 Litros - NPI - PROLINK

44 avaliações

Álcool 70 é composto de Etanol, Água Purificada e Aditivo. Álcool Etílico Hidratado 70° NPI

Ver todos os produtos para saneantes

R$42,00

Calcular frete e prazo

Calcular frete

Detalhes

Álcool 70 é composto de Etanol, Água Purificada e Aditivo. Álcool Etílico Hidratado 70° NPI

Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc. Também pode ser utilizado para limpeza de objetos, como ferramentas, utensílios, etc. Álcool 70 é um produto de alta qualidade, que garante uma limpeza eficiente e segura.

Características do produto:

- Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc.
- Álcool 70 é composto de Etanol, Água Purificada e Aditivo. Álcool Etílico Hidratado 70° NPI
- Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc.
- Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc.
- Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc.
- Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc.
- Álcool 70 é um saneante de limpeza pesada, indicado para limpeza de superfícies fixas, como pisos, paredes, bancadas, mesas, etc.

PREFEITURA M. CANGONHAS
FOLHA
345
DCONV

Agulha 25 X 0,70 MM 22G Descartavel Esteril Hipodermica 100 Unidades - Descarpack

Código :h3fc38e46 | Ver descrição completa | Descarpack







Avaliar produto

Vendido por **Starhouse**
Entregue por **Magalu**
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 17,90

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Agulha 25 X 0,70 MM 22G Descartavel Esteril Hipodermica 100 Unidades
Utilizadas na aplicação de soluções e medicamentos em diferentes vias de administração: endovenosa, intramuscular, intradermica e subcutânea.

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3946 DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: agulha 30x7 - agulha cinza - seringa de insulina - seringa de 5ml - agulha de insulina - seringa grande

Compartilhar



Novo | 1 vendidos

Agulha Descartavel Hipo mica 25x7 Caixa 100un

R$ 19[39]

em 12x R$ 1[93]

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio.

Calcular o prazo de entrega

Capacidade Em Volume: **1 mL**

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (+ [illegible] disponíveis)

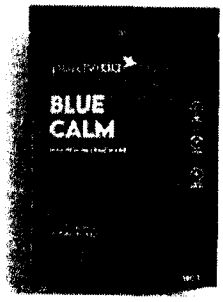
Frete grátis comprando 4 ou mais unidades

Comprar agora

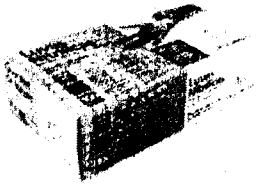
Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 4 pontos

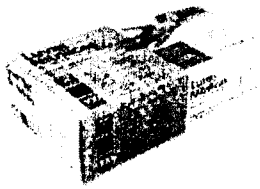
Anúncios do vendedor



R$ 188[97]
12x R$ 18,32
Frete grátis
Suplemento Em Pó Pura Vida Sono Profundo Blue Calm...



R$ 21[90]
12x R$ 2,12
Luvas descartáveis antiderrapantes Descarpack...



R$ 21[90]
12x R$ 2,12
Luvas descartáveis antiderrapantes Descarpack...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
[illegible]

MercadoLíder
[illegible]

+500
Vendas nos últimos 60 dias | Presta bom atendimento | [illegible] pro

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Medix
Modelo	Aço Inoxidável
Unidades por embalagem	100

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

Cartões de crédito
[illegible]

Cartões de débito

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3067 - DCONV -

Touca Sanfonada Cirúrgica Pct Com 100 Unidades Descartável - CLEAN

Código fjck2jf9cb | Ver descrição completa | CLEAN

Avaliar produto

Vendido por Limed Mogi

Entregue por Magalu

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega

R$ 21,97

R$ 19,77

no PIX

Cartão de crédito
sem juros

0,19

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

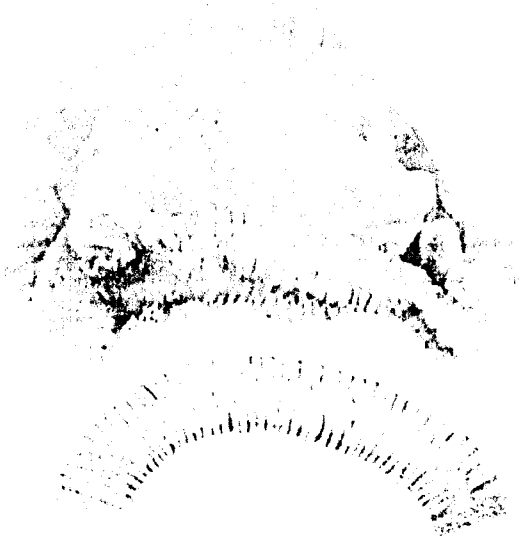
Touca Sanfonada Cirúrgica Pct Co... R$ 19,77 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 348 DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: touca de cetim dupla face - touca de banho - touca para luzes - touca descartavel - touca de seda - touca difusora



0,05

Conferir mais produtos

Novo

Touca Cirúrgica Descartá 200 Unidades Com Anvi

R$ 10[95]

em 12x R$ 1[0]

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Calcular o prazo de entrega

Cor: Branco

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

Excelente qualidade

Anúncios do vendedor





10 ROLOS



500 UNIDADES

R$ 21[95]
12x R$ 2,13
Compressa De Gaze 09 Fios Não Estéril 500un Nobre

R$ 125
12x R$ 12,12
Frete grátis
10 Rolos Lençol De Papel Hospitalar Descartável Maca...

R$ 26[99]
12x R$ 2,62
Compressa Cirúrgica Gaze Hospitalar 13fios Pacote C/...

Ver mais anúncios do vendedor

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Informações sobre o vendedor

Localização

+5

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Clean
Modelo	Sanfonada
Material da touca	TNT

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

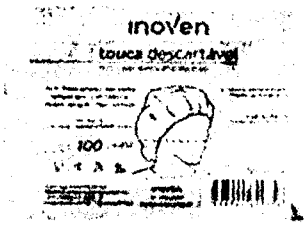
Cartões de débito

Boleto bancário

PREFEITURA MUNICIPAL CONGONHAS
FOLHA 3049
DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: touca de cabelo - touca de cetim - touca termica - touca nero - touca descartavel - touca termica eletrica



Touca Sanfonada Tnt Descartável Cirúrgica 500un

R$ 49,90

em 3x R$ 16,

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Calcular o prazo de entrega

Cor: Branco

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Anúncios do vendedor



R$ 244,50
8x R$ 30,56 sem juros
Frete grátis
Luvas descartáveis antiderrapantes Talge cor...



R$ 229,90
7x R$ 32,84 sem juros
Frete grátis
Luvas descartáveis antiderrapantes Talge cor...



R$ 229,90
7x R$ 32,84 sem juros
Frete grátis
Luvas descartáveis antiderrapantes Talge cor...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

+100

Vendas nos últimos 60 dias

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Inoven
Modelo	elástico
Material da touca	Polietileno

Garantia

Garantia do vendedor

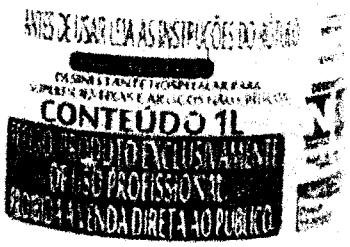
Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3059
DCONV







ALCOOL 70 PROLINK 1LT

~~de R$ 13,00~~
por **R$ 11,00**

Produto Indisponível - Avise-me quando chegar

Digite seu Nome

Digite seu Email

Não sou um robô

Garanta o seu pedido com FRETE FIXO R$ 9,90 para sul e sudeste | R$ 14,90 para as demais regiões

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3059 DCONV





Álcool Etílico Hidratado 70° 1L INPM - PROLINK

61 avaliações

R$6,99

Quantidade

Calcular frete e prazo

Calcular Frete

Detalhes

Para que serve o álcool etílico hidratado 70?

Benefícios e Indicações de Uso do Álcool Etílico 70% PROLINK

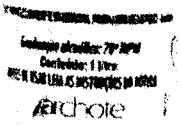
PREFEITURA MUNICIPAL DE JANGONHAS - DCONV - FOLHA 3000

Álcool 70% Hidralcol Archote 1 litro

Código ja7gj3d3dd | Ver descrição completa | Archote







Avaliar produto

Vendido e entregue por **Dona**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

~~R$ 7,35~~

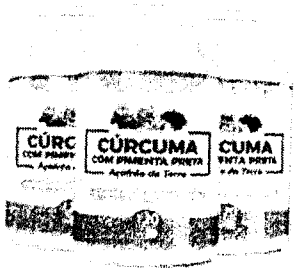
R$ 6,98

no PIX (5% de desconto)

Cartão de crédito
sem juros — R$ 6,98
1x R$ 6,98

Calcular frete e prazo

Produtos patrocinados do Magalu para você



Kit 3x Cúrcuma Com Pimenta Preta 120cps Prime Ervas

6

~~R$ 99,90~~

R$ 94,80

ou 2x de R$ 47,40 sem juros

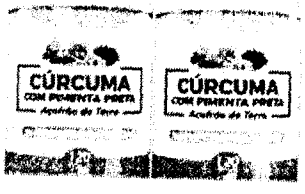


Ora Pro Nóbis - 120 Cápsulas 500mg (1 Frasco)

~~R$ 225,00~~

R$ 187,00

ou 4x de R$ 46,75 sem juros





Álcool 70% Hidralcol Archote 1 litro R$ 6,98 à vista

Voltar ao topo | Descrição Completa | Avaliação dos Clientes | Formas de Pagamento

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3062 - DCONV -

CIRÚRGICA Medicalpharma
Cuidando da sua família

Categorias

ANTISSÉPTICO
Medicalpharma Vet +
Mobilidade +
Produtos Hospitalares +
Tratamento e Prevenção +





ÁLCOOL 70°GL - 1L

R$ 8,99

ÁLCOOL 70° 1L - J. FÉRES Incolor, límpido e livre de sedimentos. O Álcool a 70% tem uma ampla faixa de utilização, podendo ser utilizado para limpeza e desinfecção de superfícies fixas e assepsia das mãos.

Em estoque

1 COMPRAR

SKU: 899999 Categoria: Saneantes Tag: ALCOOL

PAGUE EM 6x SEM JUROS

Pesquisar Produtos...

PREFEITURA M. CONCHAS FOLHA 3062 DCONV



CLOR DE METADONA 10MG/ML 1ML SOL. INJ. (A1) (MYTEDOM) – CRISTALIA

R$9,00 528 em estoque

em até 6x de R$1,50 s/ juros

ou R$8,10 à vista

- 1 +

COMPRAR

Adicionar à Cotação

SKU: 2279

Categorias: Hospitalar, MEDICAMENTOS

Descrição

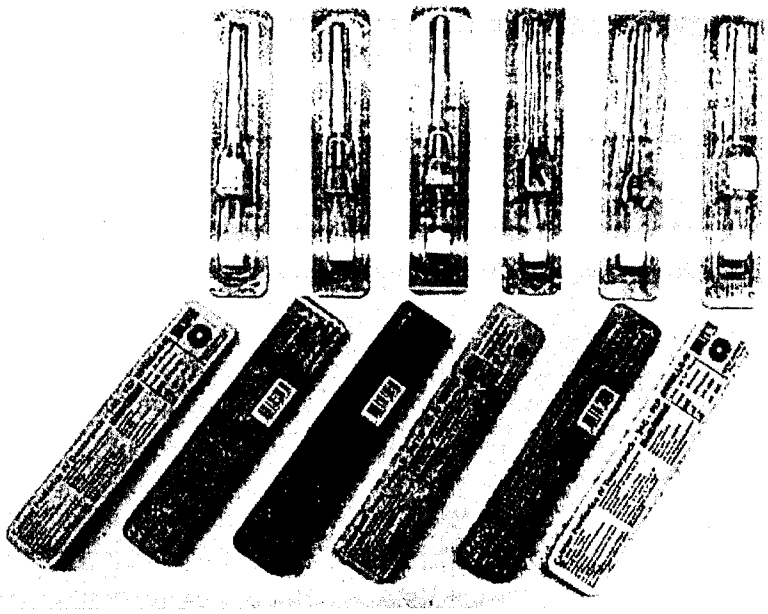
Descrição

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3063
DOONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: piercing nariz argola - alargador espiral - piercing nariz - alargador 6mm - piercing orelha - piercing ferradura

Voltar à lista Joias e Relógios › Piercings



1 Kit Com 6 Und. Cateter 14g 16g 18g 20g 22g 24g / Piercing

R$ 20

em 12x R$ 1,[illegible]

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Calcular o prazo de entrega

Cor: TODOS

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Características principais

Marca	Descarpack
Modelo	Cateter
Unidades por embalagem	6

Outras características

Materiais: ATOXICO

Tipo de piercing: Nostril

Descrição

**********ATENÇÃO**********

Valor Referente a 1 kit de 6 unidades: CONFORME FOTO DO ANUNCIO
Observação: 6 cateteres - 1 de 14g, 1 de 16g, 1 de 18g, 1 de 20g, 1 de 22g e 1 de 24g

****

O PRODUTO ENVIADO DE ACORDO COM O QUE TEMOS NO ESTOQUE (DESCARPACK/SOLIDOR / MEDIX)

Informações sobre o vendedor

Localização

Mercado Livre

+100

Ver mais dados de seu navegador

Garantia

Garantia do vendedor:

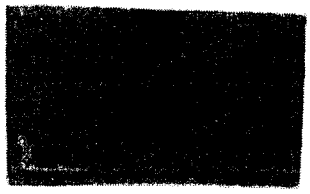
Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA DCONV

favoritar compartilhar



Fio De Sutura Ácido Poliglicólico 2-0 C/ Ag 3/8 Cir Cil 3 Cm

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Seja bem-vindo, fazemos parte do time da Suturas & Afins. SOBRE NOSA Suturas & Afins é uma empresa especializada na distribuição e comercialização de fios cirúrgicos ou fios de suturas (mais popularmente conhecido), onde nosso objet...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 413,57

até 8x de R$ 51,69

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP OK

Este produto é vendido por SUTURAS & AFINS e entregue por **Americanas**, que garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

os mais vendidos da categoria



cabo flexível 6,00mm 750v rolo com 100 metros...

7 avaliações

~~R$ 462,96~~

R$ 392,89

7x de R$ 6,12 sem juros no cartão de crédito



cabo flexível 10,00mm 750v rolo com 100 metros preto -...

14 avaliações

~~R$ 800,14~~

R$ 680,10

8x de R$ 85,01 sem juros no cartão de crédito

frete grátis



cabo flexível 4,00mm 750v rolo com 100 metros preto -...

2 avaliações

~~R$ 344,69~~

R$ 266,06

5x de R$ 54,21 sem juros no cartão de crédito



cabo flexível 1,5mm com 100 metros verde

sem avaliações

~~R$ 100,43~~

R$ 85,08



cabo ... rolo cor

~~R$ 194,65~~

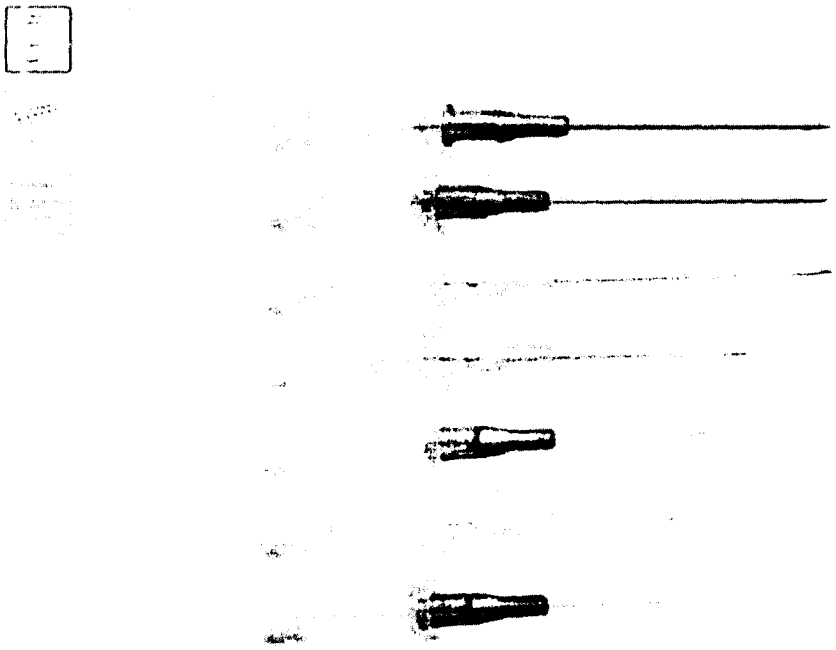
R$ 165

produtos mais vistos na americanas

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
2065
DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: piercing helix - piercing falso - piercing argola - piercing umbigo - alargador falso - piercing fake orelha



Kit 10 Un Catéter 14g 16g 18g 20g 22g

R$ 10,99
em 12x R$ 1,97
Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país
Calcule o prazo de entrega

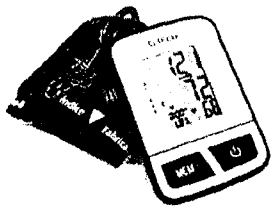
Cor: 22 G

Último disponível!

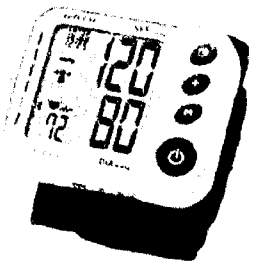
Adicionar ao carrinho

Mercado Ponto

Anúncios do vendedor



R$ 125,99
12x R$ 12,21
Frete grátis FULL
Aparelho medidor de pressão arterial digital de braço G-Te...



R$ 77,99
3x R$ 26 sem juros
FULL
Aparelho Medidor De Pressão Arterial Digital De Pulso G-...



R$ 129,99
12x R$ 12,60
Frete grátis FULL
Aparelho Medidor De Pressão Arterial Digital G-tech...

Ver mais anúncios do vendedor

Características principais

Marca	Medix
Modelo	Piercing

Informações sobre o vendedor

+1000 vendas nos últimos 60 dias

Ver mais dados deste vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Cartões de crédito

Cartões de débito

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3066 DECONV

Enviar para Edilene Rua Delfina Santos Corrêa 173

Você tan bém pode gostar: enterex - canex - mata bicheira - ograx derme - osteocart plus - dog protein - procart

Compartilhar



Novo | +2% vendidos

03 Doxitec 100mg- 16 Cc primidos Palatáveis - Env Imediato

MAIS VENDIDO 1º em Suplementos e Vitar

R$ 85[26]

em 12x R$ 8[27]

Ver os meios de pagamento

Chegará grátis entre os dias 2

Ver mais formas de entrega

Retire grátis entre terça-feira e feira 3 de março em uma agên Mercado Livre

Ver no mapa

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (124 28 dis

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Anúncios do vendedor



R$ 125[03]

4x R$ 31,26 sem juros

Frete grátis

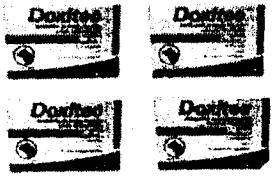
03 Doxitec 200mg - 16 Comprimidos Palatáveis-...



R$ 39[90]

12x R$ 3,87

05 Ivercanis 3mg 4 Comprimidos Cães Até 15kg...



R$ 165[77]

5x R$ 33,15 sem juros

Frete grátis

04 Doxitec 200mg - 16 Comprimidos - Cães E Gatos...

Ver mais anuncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

Belo Horizonte, Minas Gerais

MercadoLider Platinum

Um dos melhores do site

+1000

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

1 pro

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Syntec
Linha	Terapêuticos
Nome do suplemento	Doxitec

Garantia

Garantia do vendedor

Garantia do vendedor: 30 dias

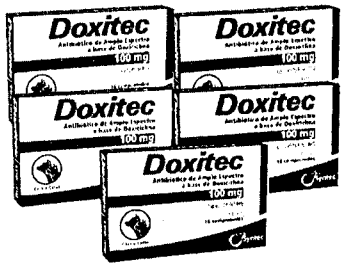
Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de credito

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3067 - DCONV -

Doxitec 100 Mg C/16 Cpr - Cães/gatos - Syntec

Código kehcjb52af | Ver descrição completa | SYNTEC



Avaliar produto

Vendido por **LPSPET**

Entregue por Magalu

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 35,90

R$ 34,90

Cartão de crédito sem juros — R$ 34,90 1x R$ 34,90

Calcular frete e prazo

Quem viu este produto, viu estes também



Doxitec Para Cães E Gatos 100mg 16 Comprimidos

R$ 44,33

R$ 39,90

no PIX 10% de desconto



Agemoxi CL 50mg - Antibacteriano Cães e Gatos à base de Amoxicilina Triidratada e Clavulanato de...

R$ 57,88

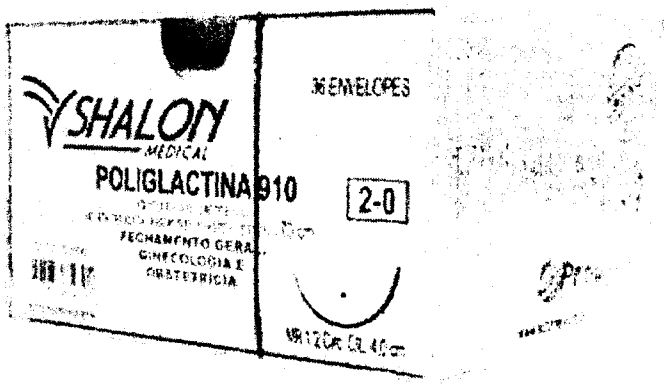
R$ 52,09

no PIX





PREFEITURA M. CONGONHAS
Item
FOLHA
308
DCONV



FIO POLIGLACTINA VYCRIL 2-0 C/AG 4 MR C/36 UND (L520MR40) – SHALON

R$360,00 6 em estoque

em até 6x de R$65,00 s/ juros

ou R$351,00 à vista

- 1 +

COMPRAR

Agendamento Online

SKU: 2378

Categoria: Hospitalar

Descrição Informação adicional

Descrição

A sutura de Poliglactina 910 é indicada para uso em tecidos moles, na aproximação ou mesmo ligação destes, incluindo procedimentos oftalmicos, exceto em tecidos

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3050 DCOM

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

todos os departamentos · mercado · celulares · eletrodomésticos · informática · tv e home theater · eletroportateis · moveis · beleza e perfumaria

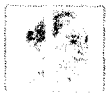
americanas empresas
uma americanas inteira para sua empresa

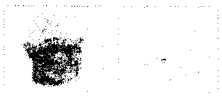


página inicial › agro, indústria e comércio › uniformes profissionais › alimentação › touca de cozinha

favoritar compartilhar







Touca Descartável 100un Sanfonada Cirurgica Hospitalar

faça a 1ª avaliação · faça a 1ª pergunta

Touca Descartável Tnt c/ Elástico C/100 c/ Nota descrição E características Touca de proteção sanfonada em formato de tiras fabricada em tecido não tecido (tnt), com elastico simples, atóxico, descartável, de uso único, indica...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 19,90

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP OK

quantidade:

1 unidade

Este produto é vendido por Haus - Tudo para você e entregue por **Americanas** garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

0,19

quem viu este produto viu também



touca descartavel em tnt vaben c/100

sem avaliações

R$ 25 80

1x de R$ 25,80 sem juros no cartão de credito



touca descartável tnt sanfonada c/ 100 anvisa

1 avaliação

R$ 15,00

1x de R$ 15,00 sem juros no cartão de credito



patrocinado

máscara cirurgica descartável tripla 50 unidad...

167 avaliações

R$ 15,00

1x de R$ 15,00 sem juros no cartão de credito



touca descartavel tnt c/ elastico c/100 descarpack

sem avaliações

R$ 12,90

1x de R$ 12,90 sem juros no cartão de credito



mar... de alum

R$ 89,

frete grati

produtos patrocinados

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3051 DCONV

ição

Sutura absorvível de Glicolida-co-Epsilon-caprolactona (PGCL 25) Sutura para procedimentos fechamento de parede abdominal, ginecologia e obstetrícia, proporcionando excelente segurança período crítico da cicatrização, apresentando um extenso tempo de resistência tênsil, absorção previsível e por ser monofilamentar, um mínimo arraste tissular.

fios de poliglecaprone 25 destinam-se a ser utilizados na coaptação e/ou laqueação s tecidos moles em geral, sempre que forem indicados fios absorvíveis.

fio poliglecaprone 25 deve ser selecionado e implantado em função do estado do paciente, experiência do cirurgião, da técnica cirúrgica, assim como do tamanho da lesão.

mposição

liglicolídeo-poli 75% e e-caprolactona 25%

racterísticas

gem: Sintético, absorvível

sorção: Total entre os 90 e os 120 dias após a implantação.

licação: Aparelho digestivo, fechamento geral, ginecologia, obstetrícia, urologia e plástica.

r: Violeta e incolor

mprimento: 70 cm

ulha: Cilíndrica, estriada 3/8 3,1cm

âmetro USP: 2-0

rda Força Tênsil: Cerca de 21 dias

ação Tecidual: Mínima

terilização: Óxido de Etileno (EO)

utra indicação

ta Sutura não pode ser utilizada em cirurgias cardiovasculares e neurocirurgia, por ser absorvível, utura PGC25 não deve ser utilizada onde à aproximação prolongada do tecido for exigida.

resentação de venda e envio

velope contendo 1 unidade de fio conforme as características acima.

o há comentários para este produto.

screva um comentário

cê deve acessar ou cadastrar-se para comentar.

io de Sutura Poliglecaprone 25-PGCL Nº 2-0 0cm Ag 3/8 Cil. 3.1cm 1 Und. - Bioline

- Marca: Bioline
- Modelo: Fio de Sutura Poliglecaprone 25-PGCL Nº 2-0 - Bioline
- Disponibilidade: Em Estoque

R$ 14,38 SEM ESTOQUE

d:

Lista de desejos ⇄ Comparar

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3952 -DCONV-

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis moveis

americanas empresas
uma americanas inteira para sua empresa

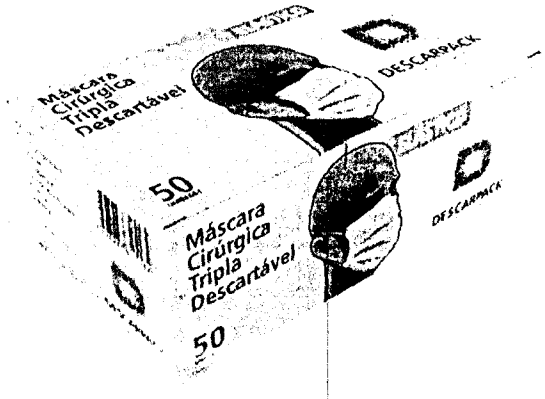


página inicial › sinalização e segurança › ergonomia e prevenção de acidentes

favoritar compartilhar

Máscara Cirúrgica Descartável cx 50 un Descarpack

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta



Desenvolvida para proteção de profissionais da saúde, minimizando a contaminação do ambiente com secreções respiratórias geradas pelo profissional ou pelo paciente. Fabricada em não tecido 100% polipropileno. Não estéril. Tripla camada c...

mais informações

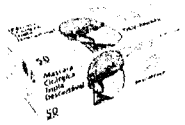
política de troca e devolução

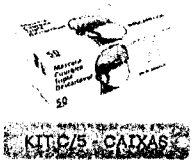
R$ 11,73

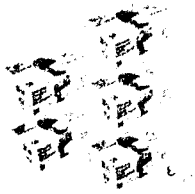
1 unidade

por Americanas

quem viu este produto viu também









patrocinado

más cara tripla descartável branca com elástico cx. c/5...

sem avaliações

~~R$4 5,00~~

R$ 12,00

1x de R$ 12,00 sem juros no cartão de crédito

patrocinado

máscara descarpack tripla descartável branca com...

58 avaliações

R$ 94,50

4x de R$ 23,62 sem juros no cartão de crédito

kit 05 caixas máscara cirúrgica tripla proteção...

1 avaliação

R$ 55,00

1x de R$ 55,00 sem juros no cartão de crédito

patrocinado

máscara descarpack tripla descartável branca com...

53 avaliações

R$ 19,00

1x de R$ 19,00 sem juros no cartão de crédito

más descart

produtos mais vistos na americanas

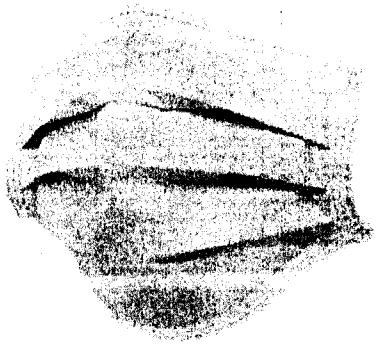








PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3853 - DCONV -





Máscara Cirúrgica Tripla Branca Adulto WK Flex

736532306630,00 WK Flex

Ver descrição completa

Este produto possui 1 variação(ões), escolha abaixo

Caixa Com 50 Unidades

R$ 19,00

Quantidade: - 1 +

COMPRAR

Entrega expressa

Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

Calcule seu frete: CALCULAR

- **Compra 100% segura** - PCI Certified Vtex
- **Loja Confiável** nota dos clientes 4,5/5
- **Devolução gratuita** sem complicações em até 7 dias após o recebimento

Máscara Cirúrgica Tripla Branca Adulto WK Flex

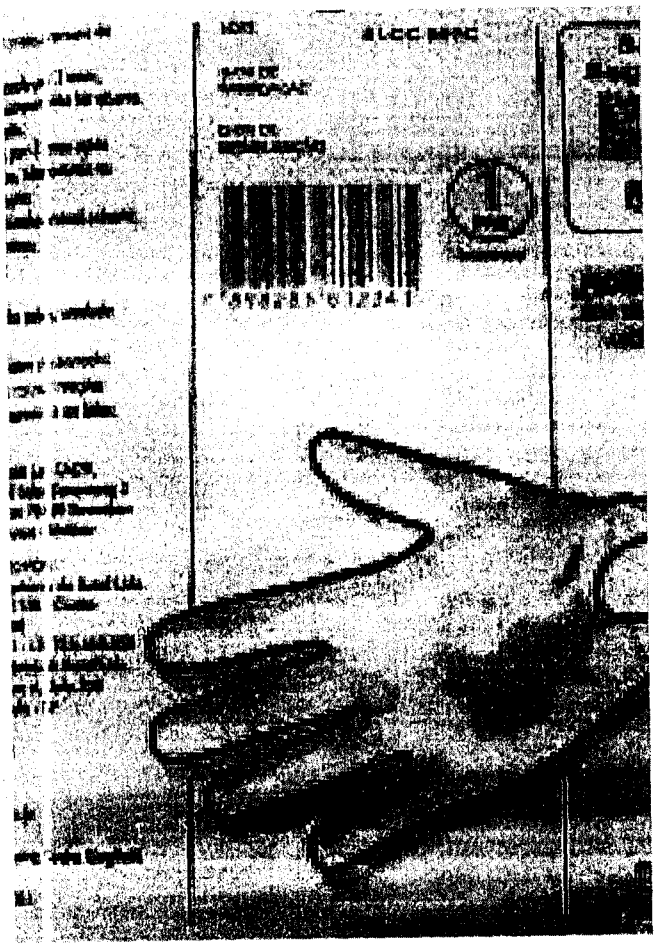
Especificações Máscaras

Modelo	Com Elástico
Tipo	Tripla
Cor	Branca

5 estrelas	1	★★★★★
4 estrelas	0	**5.0 de 5**
3 estrelas	0	

100% Recomendam este produto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3056 DCONV



Luva Cirúrgica Estéril 7,0 Descarpack

Este produto possui 1 variação(ões). escolha abaixo.

7898283812341 Descarpack

Ver descrição completa

1 Unidade

R$ 4,00

Quantidade: - 1 +

Entrega expressa

Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

Calcule seu frete: CALCULAR

Compra 100% segura - PCI Certified Vtex

Loja Confiável nota dos clientes 4,5/5

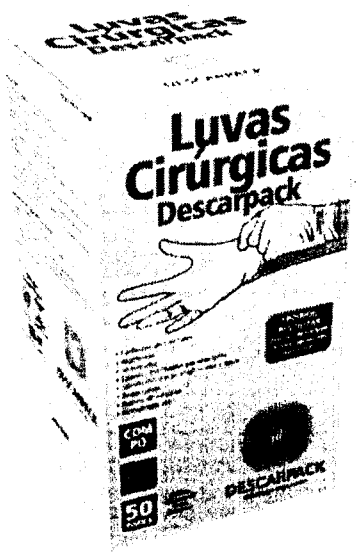
Devolução gratuita sem complicações em até 7 dias após o recebimento

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
305
-DCONV-

Enviar para Edilene Rua [redacted] Corrêa 173

Você também pode gostar: luva supermax - luva nitrílica azul - luva medix - luvas de procedimento - luva rosa - luvas - luvas descartaveis





Novo | +1000 vendidos

Luvas descartáveis estéreis antiderrapantes Descarpack Cirúrgica cor branco tamanho 7 de látex com pó x 100 unidades

★★★★★ (69)

R$ 105[89]

em 12x R$ 10[27]

Ver os meios de pagamento

Tamanho: **7**

6.5 | 7 | 7.5 | 8 | 8.5

- Tipo de material: látex.
- Com pó.
- Esterilizadas.
- Com superfície antiderrapante.
- Seguras e fáceis de usar.
- As imagens podem ser ilustrativas.

Opções de compra:

12 produtos novos a partir de R$ 105,89

Chegará grátis terça-feir
Enviar para Rua Delfina [redacted] Corrêa 173

Retire grátis a partir de s feira em uma agência M Livre
Ver no mapa

Vendido por FILHO.RUBENS
MercadoLíder | +10mil vendas

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (6

Comprar agora

Adicionar ao carrinl

Adicione e receba grá produtos deste vende seu carrinho.

Mercado Pontos. Você acum pontos

Quem viu este produto também comprou

R$ 22[60]
12x R$ 2,19
FULL
Luvas descartáveis antiderrapantes Descarpack...

R$ 20[24] 12% OFF
12x R$ 1,96
FULL
Luvas descartaveis Talge cor natural tamanho PP de látex...

R$ 15[90]
FULL
Luvas descartáveis Descarpack Luva de vinil se...

Informações sobre o vend

Localização
São Paulo, São Paulo

MercadoLíder Platinum
Entre os melhores do site!

+10mil
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

É produ

Ver mais dados deste vendedor

Outras opções de compra

R$ 132[02] Parcelamos

4x R$ 33,01 sem juros
Chegará grátis **terça-feira**
Retire grátis **entre segunda-feir feira em uma agência Mercado**

Vendido por QUIMICENTER LAB
+500 vendas

Adicionar

Características principais

Marca	Descarpack

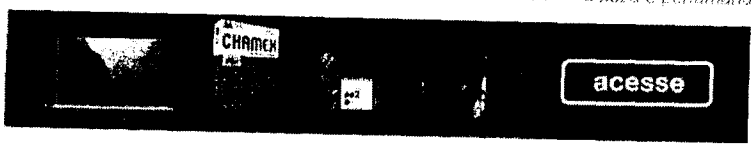
até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 306 - DCONV -

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomesticos informática tv e home theater eletroportateis moveis beleza e perfumaria

americanas empresas
uma americanas inteira para sua empresa



página inicial > saúde e bem estar > odontologia > descartáveis > luva descartável

favoritar compartilhar



Luva Cirurgica Estéril Com Pó 7,0 Medix 10 un.

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Latex 100% natural Anatômica Texturizada e Antiderrapante Esterelizada por eo Pó Bioabsorvivel

voltagem: 0

Política de troca e devolução

R$ 20,50

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP ok

quantidade:

1 unidade

Este produto é vendido por comercial naverrara e entregue pela Americanas, que garante sua compra do pedido à entrega. saiba mais

os mais vendidos da categoria



luva l itex descarpack descartável c/ pó c/100

2 avaliações

R$ 1 ,99

1x de R$ 18,99 sem juros no cartão de crédito



luva latex procedimento descartável g - caixa c/ 100 ...

1 avaliação

~~R$ 1 ,~~

R$ 17,50

1x de R$ 17,50 sem juros no cartão de crédito



patrocinado

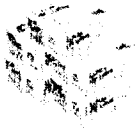
luvas de latex procedimento descartável medix tamanho...

sem avaliações

~~R$ 4 ,~~

R$ 119,84

em 1x no cartão de crédito



patrocinado

kit 5 caixas de luva látex com pó tam. m - descarpack

11 avaliações

R$ 110,00

2x de R$ 55,00 sem juros no cartão de crédito



luva ... em tpe ...

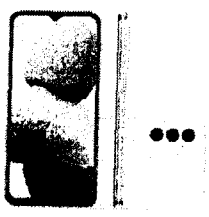
R$ 27,

1x de R$ ... de crédito

produtos mais vistos na americanas









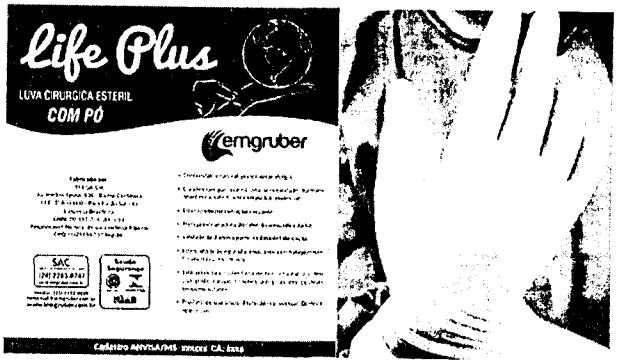


PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3057 - DCONV -

Luva Cirúrgica Estéril Lemgruber Life Plus - Tam 7.0

Código abfjg20j89 | Ver descrição completa | Lemgruber





Avaliar produto

Vendido por **Patromed Hospitalar**

Entregue por **magalu**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 1,89

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Luva Cirúrgica Estéril Lemgruber Life Plus - Tam 7.0

Luva Cirúrgica Estéril Life Plus Tamanho 7.0 - Lemgruber Com formato anatômico, oferecendo total sensibilidade ao tato, e sua lubrificação é feita com [illegible] absorvível e inerte, na exata quantidade requerida para um perfeito manuseio. De comprovada qualidade, eficiência e segurança, são fabricadas de acordo com principais das normas nacionais e internacionais. Confeccionada em látex natural, com baixo índice de proteínas do látex, o que favorece menor probabilidade de

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3069 DCONV

MAGAZINE MÉDICA.COM

(/)

Entre (/accounts/registro/login/) ou cadastre-se (/accounts/registro/login/) (/accounts/registro/login/)

Meus pedidos (/historico/)

Fale conosco (/ajuda/)

0

O que você procura?

INICIAL (/) / MEDICAMENTOS (/CATEGORIAS/MEDICAMENTOS/) / VASOPRESSORES (/CATEGORIAS/MEDICAMENTOS/VASOPRESSORES/) / DOPACRIS DOPAMINA INJ 5MG 10ML C/10AMP REF REVIVAM CRISTALIA

Dopacris Dopamina Inj 5mg 10ml 10amp Ref Revivam Cristalia

Cód.: 16833

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
302
DCONV

Instalar aplicativo

Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/dopacris-dop 10ml-c10amp-ref-revivam-cristalia/)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/dopacris-dopamina-inj-5mg-10ml-c10amp-ref-revivam-cristalia/)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/dopacris-dopamina-inj-5mg-10ml-c10amp-ref-revivam-cristalia/)

CRISTÁLIA (/marcas/cristalia/)

Clique aqui e pague preço de atacado.

De ~~R$ 102,50~~

Por R$ 85,69 à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 86,60** sem juros (4% de desc. já calculado)

FORMAS DE PAGAMENTO ()



Restam apenas **3 CAIXAS** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

1

Comprar

Baixar App

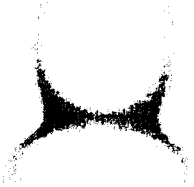
Frete e Prazo

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 39
- DCONV -

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

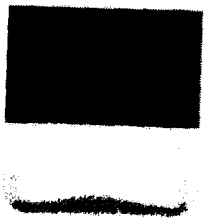
HOSPITALAR Distribuidora

Digite Aqui



VENDA APENAS SOB APRESENTAÇÃO DE CRM, CRO, CRMV.

IMAGEM NÃO PERMITIDA RDC 96/2008 ANVISA



Dopamina 50mg Injetável 10 ML (Genérico Revivan) - Cristalia

Por: **R$ 169,00**

em até 3x de R$ 56,33 s/ juros

ou R$ 163,93 à vista no boleto bancário

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3072
DCCRV

Opção

Caixa com 50 unidades

1 + -

COMPRAR

Calcular o Frete

OK

Não sei meu CEP

Descrição

A venda desse medicamento é **restrita**, pois nós somos **distribuidores**, que ao contrário de farmácias, **não fazemos retenção de receitas médicas**. A comercialização via cpf é **permitida para profissionais** que possam responder pelo uso desse medicamento, como **médicos, médicos veterinários e dentistas**, tendo a obrigatoriedade de **enviar a cópia frente e verso** de suas respectivas carteiras profissionais no nosso e-mail de contato **(vendas@hospitalardistribuidora.com.br)**. A venda para cnpj deverá ser enviado no mesmo e-mail de contato, as cópias do **alvará sanitário, certificado de regularidade técnica** e o **contrato social.**

Indicações de Dopamina:

Alguns tipos de choque acompanhada de oligúria e resistência vascular periférica baixa ou normal. Choque cardiogênico e bacteriêmico, hipotensao intensa seguida da remoção da feocromocitoma.

Efeitos Colaterais de Dopamina:

Nauseas, vomitos, taquicardia, dor de angina, arritmias, cefaleia, hipertensao e vasoconstriccao podem ser encontrados durante a infusao do produto. O extravasamento de quantidades excessivas de dopamina durante a infusão pode provocar neurose isquemica, formacao de escara, e gangrena dos dedos das mãos ou dos pés com a infusão prolongada da substancia Em caso de acidente de superdosagem, diminuir a dose aplicada ou mesmo interromper a aplicação.

Como Usar (Posologia):

Solução injetável-uso parenteral.Uso diluída em solução injetável de cloreto de sodio; solucao injetavel de dextrose a 5%; solução injetavel de dextrose a 5% e cloreto de sódio a 0,9%; dextrose a 5% em 0,45% de solução de cloreto de sodio; dextrose a 5% em solução de ringer com lactato; lactato de sodio solução injetavel (1 molar); solucao injetável de ringer com lactato. a dopamina permanece estavel durante um periodo mi 4 horas, após ser diluido com qualquer uma das soluções . A dopamina devera ser administrada diluída er

medicom
Categorias Digite sua busca aqui
51 3021.3908
0 item(s)
R$ 0,00

medicom
medicamentos especiais e oncológicos
farmácia digital

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3773
DCON

Meu cadastro Meus pedidos Contato Lista de compra Lista de desejos

Digite sua busca aqui

Newsletter

0 item(s)
R$ 0,00

Home Categorias Medicamentos Especiais Promoções Lançamentos Blog

TEUTO BAYER prati achê Bluü Pfizer SUN EMS CIMED

Departamento: MEDICAMENTOS



Ampliar imagem

PROPOFOL 10MG/ML (C1) 5 AMPOLAS - 20ML - IV - NUTRIEX (REFRIGERADO)

Ref: | Categoria: MEDICAMENTOS

Avalie este produto

R$ 65,40 ou 3x sem juros de R$ 21,80

Últimas unidades em estoque!

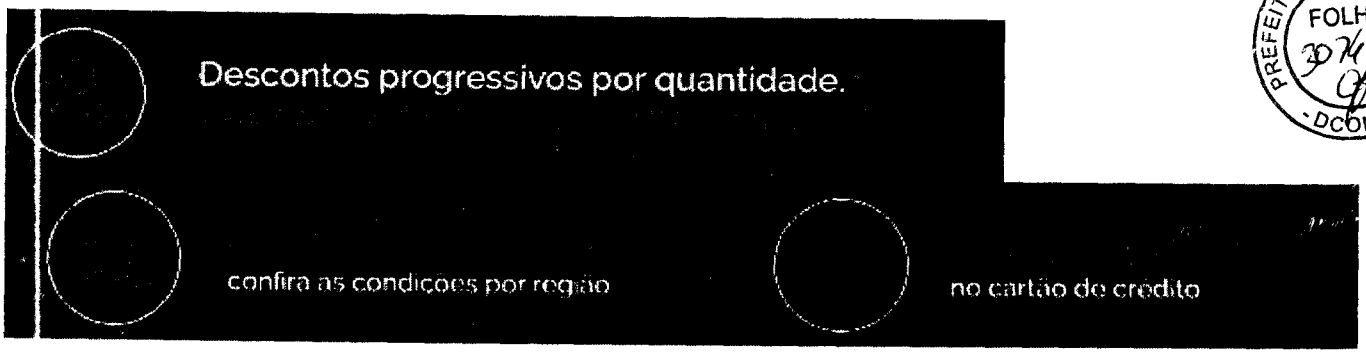
Departamento: Saúde

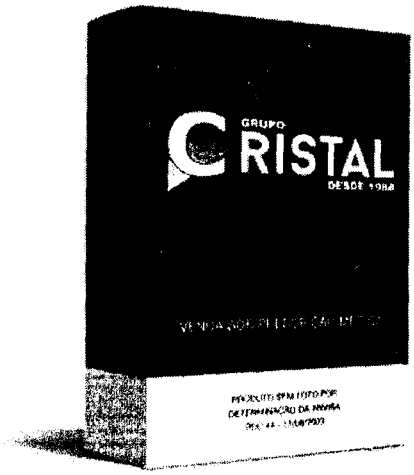
Produto: Medicamento

TOPO

Fale conosco, nós estamos online!

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
307
DCONV





Zoom

PROPOFOL 10MG/ML 1% 5APX20ML IV ESTERIL P344/98 C1 - NUTRIEX .

Número Anvisa:

Seja o primeiro a avaliar este produto

PROPOFOL 10MG/ML 1% 5APX20ML IV ESTERIL P344/98 C1 - NUTRIEX

Uso adulto e pediátrico acima de 16 anos.

Via intravenosa.

Nº de autorização da Agência Reguladora Sanitária Titck, Turkia: 2020/12.
Importado conforme RDC 483 de 19/03/21.

Arquivos

Avise-me quando este produto voltar ao estoque

R$477,68

em até **4x** de **R$119,42** sem juros

Informe seu CEP para calcular o valor da entrega.

CEP

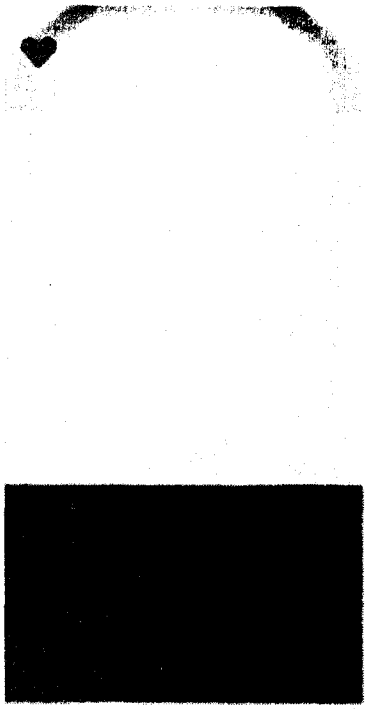
Procurar cep

Adicionar aos Favoritos Comparar Produto

Avisar um Amigo

Fale conosco, nós estamos online!

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3075
- DCON -



PROPOFOL 10MG/ML 20ML (C1) (PROVIVE) – UNIAO QUIMIC

R$16,00 Fora de estoque

em até 6x de R$2,67 s/ juros

ou R$14,40 à vista

SKU: 1379

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição Informação adicional

Descrição

A venda desse medicamento é restrita, pois nós somos distribuidores, que ao contrário de farmácias, não fazemos retenção de receitas médicas. A comercialização via CPF é permitida para profissionais que possam responder pelo uso desse medicamento, como Médicos, Médicos Veterinários, Dentistas e Biomédicos com habilitação em estética, tendo a obrigatoriedade de enviar a cópia frente e verso de suas respectivas carteiras profissionais, em um dos nossos canais de atendimento; e-mail: distrimedph@gmail.com , ou WhatsApp (69) 99997-0788. A venda

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
306
DCONV

Poliglecaprone 25 Bioline Este produto possui 10 variação(ões), escolha abaixo

Poliglecaprone 0 AG 1/2 CIL 3,5 Bioline

Bioline
Fios

Ver descrição completa



Poliglecaprone 0 70cm AG 1/2 CIL 3,5cm PGCL0MR35R Bioline

R$ 8,20 Comprar

Poliglecaprone 0 70cm AG 3/8 CIL 3,1cm PGCL0CR31G Bioline

Quantidade:

R$ 11,00 - 1 + Comprar

Poliglecaprone 2-0 70cm AG 1/2 CIL 3,0cm PGCL20MR30G Bioline

R$ 8,20 Comprar

Poliglecaprone 3-0 70cm AG 1/2 CIL 1,7cm PGCL30MR17 Bioline

R$ 12,90 Comprar

Poliglecaprone 3-0 70cm AG 1/2 CIL 3,5cm PGCL30MR35R Bioline

Quantidade:

R$ 9,30 - 1 + Comprar

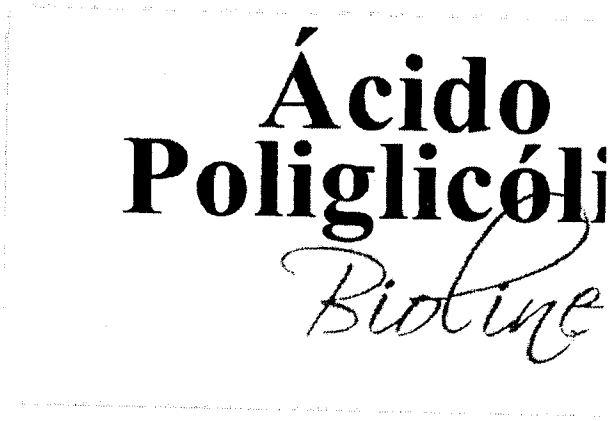
Poliglecaprone 3-0 70cm AG 3/8 CIL 3,1 Cm PGCL30CR31G Bioline

Quantidade:

R$ 10,40 - 1 + Comprar

Poliglecaprone 4-0 70cm AG 1/2 CIL 1,7cm PGCL40MR17 Bioline

PREFEITURA M. CONQUINHAS FOLHA 2022 - DCONV -



Ácido Poliglicólico PGA Bioline

Este produto possui 25 variação(ões), escolha abaixo.

7899825719791 Bioline Fios

Ver descrição completa

Ácido Poliglicólico PGA 0 70cm AG 1/2 CIL 2,5cm ABS0MR25R Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 0 70cm AG 1/2 CIL 3,0cm ABS0MR30G Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 0 70cm AG 1/2 CIL 4,0cm ABS0MR40R Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 0 90cm AG 1/2 CIL 4,8cm ABS0MR48ER Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 0 70cm AG 3/8 CIL 3,0cm ABS0CR30G Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 1 70cm AG 1/2 CIL 4,0cm ABS1MR40R Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 1 70cm AG 3/8 CIL 3,0cm ABS1CR30R Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

Ácido Poliglicólico PGA 1 90cm AG 1/2 CIL 4,8cm ABS1MR48ER Bioline

Quantidade: - 1 +

R$ 8,10 Comprar

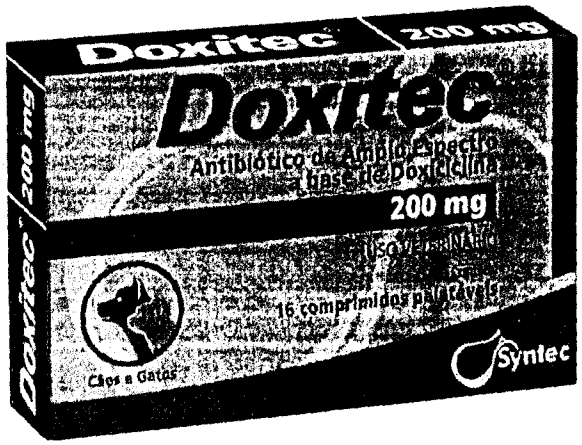
Ácido Poliglicólico PGA 2-0 70cm AG 1/2 CIL 2,5cm ABS20MR25R Bioline

P.M. CONGONHAS FOLHA 307 DECONV

Doxitec Cães Gatos 200mg 16 comprimidos Syntec

Código eb9c2g26k2 | Ver descrição completa | Syntec





Avaliar produto

Vendido por **Limed Mogi**

Entregue por **magalu**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 45,98

R$ 41,38

no PIX (10% de desconto)

Cartão de crédito
sem juros

R$ 41,38
1xR$ 41,38

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Doxitec Cães Gatos 200mg 16 comprimidos Syntec

Indicação:

Cachorros, Gatos

Raças Grandes, Raças Médias, Raças Pequenas

Doxitec Cães Gatos 200mg 16 co... R$ 41,38 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

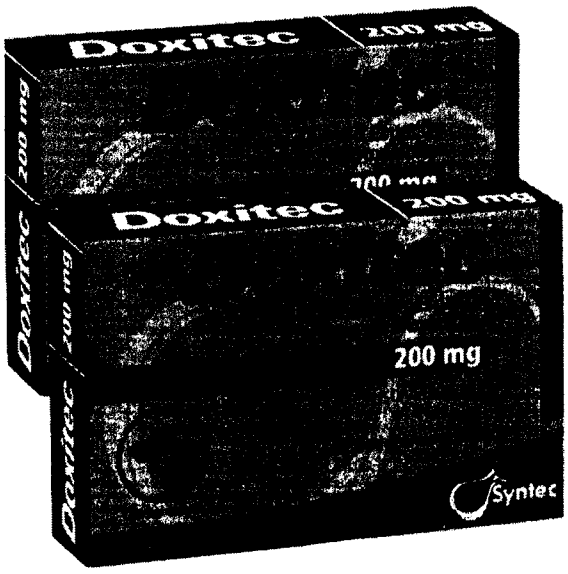
PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3079 - DCONV -

Enviar para Edilene Rua Delfina Santos Corrêa 173

Você também pode gostar: ograx - nuxcell - organew - calmyn cat - condroplex 1000 - nuxcell fel - alantol

Voltar à lista Animais > Cachorros > Alimento, Petisco e Suplemento > Suplementos e Vitaminas Compartilhar





Novo | +5 vendidos

Kit 2 Antibiótico Doxitec Mg 16 Comprimidos - Cães/gatos

R$ 74[89]

em 12x R$ 7[26]

Ver os meios de pagamento

Chegará entre terça-feira e qu
por R$ 12[15] ~~R$ 13[99]~~
Benefício Mercado Pontos
Ver mais formas de entrega

Retire entre segunda-feira e q
em uma agência Mercado Livr
R$ 8[46] ~~R$ 9[49]~~
Benefício Mercado Pontos
Ver no mapa

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (590 disp

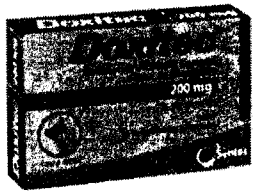
Comprar agora

Adicionar ao carrinho

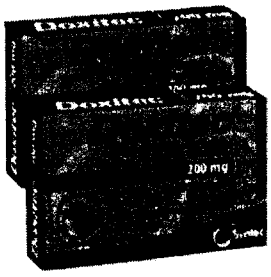
Monte um carrinho de itens c
mesmo vendedor e economi
frete.

Mercado Pontos. Você acumula 15

Anúncios do vendedor



R$ 42[89]
3x R$ 14,30 sem juros
Antibiotico Doxitec 200 Mg Com 16 Comprimidos -...



R$ 95[89]
3x R$ 31,96 sem juros
Frete grátis
Kit 2 Antibiotico Doxitec 200 Mg 16 Comprimidos -...



R$ 115[87]
12x R$ 11,23
Frete grátis
Fortekor 5 Flavour 28 Comprimidos Cães/gatos...

Ver mais anuncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
Congonhas, Minas Gerais

MercadoLíder Platinum
Entre os melhores do site

+10mil
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Syntec
Linha	Antibiotico
Nome do suplemento	Doxitec

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3099
CONV

MAGAZINE MÉDICA.COM

(/)

Entre (/accounts/registro/login/)
ou
cadastre-se (/accounts/registro/login/)
(/accounts/registro/login/)

Meus pedidos (/historico/)

Fale conosco (/ajuda/)

0

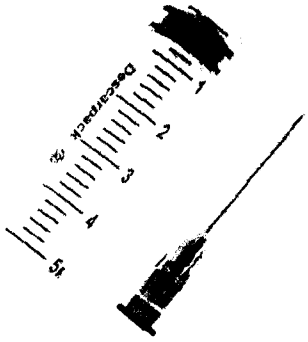
O que você procura?

INICIAL (/) / DESCARTÁVEIS (/CATEGORIAS/DESCARTAVEIS/) / SERINGAS (/CATEGORIAS/DESCARTAVEIS/SERINGAS/) / SERINGA BICO SLIP (/CATEGORIAS/DESCARTAVEIS/SERINGAS/SERINGA-BICO-SLIP/) / SERINGA SLIP COM AGULHA C/100UN DESCARPACK

Seringa Slip com Agulha 100un DESCARPACK (05ml-25x07mm)

Cód.: 1909

1 / 2



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3081
- DCONV -

Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/seringa-slip-com-agulha-c100un-descarpack_05ml-25x07mm)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/seringa-slip-com-agulha-c100un-descarpack_05ml-25x07mm)

Instalar aplicativo

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/seringa-slip-com-agulha-c100un-descarpack_05ml-25x07mm)

DESCARPACK (/marcas/descarpack/)

Clique aqui e pague preço de atacado.

De ~~R$ 45,42~~

Por **R$ 38,84** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 39,25** sem juros (4% de desc. já calculado)

FORMAS DE PAGAMENTO ()



Escolha dentre as opções

TAM

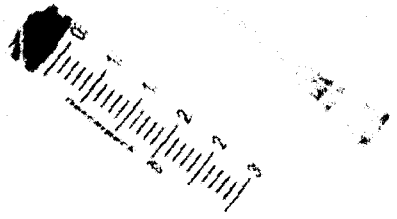
05ML-25X07MM

Restam apenas **232 CAIXAS** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

1

Comprar

PREFEITURA DE GONÇONHAS
FOLHA
3092
DCONV



Seringa Descartável Luer Slip 5ml com Agulha 25 x 0,7mm - DESCARPACK

☆☆☆☆☆ avalie agora!

Cód. [redacted]

De: ~~R$0,49~~
R$0,39

Quantidade

Comprar

Calcular frete e prazo

Preencha corretamente o seu endereço para calcular o prazo de entrega.

Calcular frete

Detalhes

Descrição detalhada do produto com todas as suas características, benefícios e informações relevantes.

- Item
- Item
- Item
- Item
- Item
- Item
- Item

Informação adicional sobre o produto, como instruções de uso, cuidados especiais ou garantia.

Informação adicional sobre o produto, como instruções de uso, cuidados especiais ou garantia.

Dúvidas sobre o produto? Entre em contato conosco!

magazinemagaluvendaweb (/magazinemagaluvendaweb/)



Assista a história desta loja autorizada **Magazine Luiza**

magazinemagaluvendaweb

www.parceiromagalu.com.br/**magazinemagaluvendaw**

Segurança Magalu

O Magazine Luiza cuida da sua compra, entrega e pós-venda ;)

Seringa Luer Lock 5ml - Com Agulha - Cx com 100 Uni. - Multi Saúde - HC447 - Multilaser

(cód. magazineluiza.com jgf3kh985d)

Vendido e entregue por Loja Multilaser

R$ 30,90

Calcule o prazo e valor do frete deste produto: Digite seu CEP Calcular não sei o CEP

(http://www.buscacep.correios.com.br/sistemas/buscacep/)

Compartilhe este produto:

(https://www.parceiromagalu.com.br/magazinemagaluvendaweb/seringa-luer-lock-5ml-com-agulha-cx-com-100-uni-multi-saude-hc447-multilaser/jgf3kh985d/CP/SDES/?utm_source=compartilhou&utm_medium=acoes_divulgador&utm_campaign=magaluvendaweb&utm_content=seringa-luer-

Fale com o Divulgador

Descrição **Ficha Técnica**

Magazine Magaluvendaweb&body=Seringa Luer Lock 5ml Com

ou R$ 30,90 em 1x de R$ 30,90 sem juros - Cx

Cookies: a gente guarda estatísticas de visitas para melhorar sua experiência de navegação. Ao continuar, você concorda com nossa política de privacidade. (https://www.magazinevoce.com.br/politica-de-privacidade/)

CONCORDAR E FECHAR

head

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3096
DCONV

Passaros defibra



INÍCIO / CÃES E GATOS / MEDICAMENTOS

Larvidil Mata Bicheira 200g

R$23,50

Mata bicheira em pó, larvicida, repelente, antisséptico e cicatrizante

Fora de estoque

Adicionar aos meus desejos

Categorias: Bovinos / Equinos /Suínos, Cães e Gatos, Medicamentos

DESCRIÇÃO

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Descrição do Produto

Mata bicheira em pó, larvicida, repelente, antisséptico e cicatrizante

PROIBIDO USO PARA GATOS

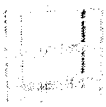
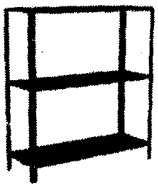
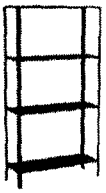
Fórmula:

Cada 100 g contém:

Cipermetrina 1,0 g

Carbaril a 2,0 g

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3085 DCONV

estante de aço multiuso pandin edp03sr - preto

sem avaliações

~~R$ 419,99~~ -40%

R$ 254,00

6x de R$ 50,80 sem juros no cartão de crédito

estante de aço multiuso pandin edp03sr - cinza

sem avaliações

R$ 212,00

4x de R$ 53,00 sem juros no cartão de crédito

estante de aço com 3 prateleiras preto bitola aço...

sem avaliações

R$ 226,10

4x de R$ 56,52 sem juros no cartão de crédito

estante de aço com 4 prateleiras preto bitola aço...

sem avaliações

R$ 327,26

6x de R$ 54,54 sem juros no cartão de crédito

estante de aço com 5 prateleiras preto bitola aço pandin

~~R$ 421,00~~

R$ 258

5x de R$ de crédito

produtos mais vistos na americanas








patrocinado

mesa de jantar industrial com 2 bancos crome li013 freijó ...

100 avaliações

~~R$ 420,12~~ -34%

R$ 419,90

8x de R$ 52,46 sem juros no cartão de crédito

chocolate lacta oreo 90g

2381 avaliações

R$ 6,99

1x de R$ 6,99 sem juros no cartão de crédito

retire na loja

patrocinado

sofá 3 lugares retrátil e reclinável cama inbox...

291 avaliações

~~R$ 1.909,90~~ -49%

R$ 979,90

8x de R$ 122,48 sem juros no cartão de crédito

guarda roupas casal com espelho 3 portas de correr ...

20 avaliações

~~R$ 921,12~~ -20%

R$ 738,00

8x de R$ 92,25 sem juros no cartão de crédito

mesa 1,36 cin

~~R$ 1.150,~~

R$ 999

8x de R$ de crédito

informações do produto

Desde 2000 fabricamos móveis de qualidade
- Produtos de nossa fabricação
- Compre sem intermediários
- Se preferir, pode retirar em nossas instalações

Descrição:
- Estante de Aço 6 Prateleiras Reguláveis
- Cor Cinza
- Suporta até 15kg distribuídos por prateleira e 90kg no total
- Espessura: Prateleira de chapa 26 (0,40mm) e coluna de chapa 20 (0,90mm)
- Medidas (montada): Altura 186cm x Largura 67cm x Profundidade 30cm
- Prateleiras com 3 dobras nas duas laterais mais longas, para oferecer maior resistência
- Pintura eletrostática a pó automatizada com fosfatização

Atenção!
Para armazenar grandes quantidades de livros ou objetos pesados, recomendamos nossas Estantes de Aço Supreme com capacidade para suportar até 50kg por prateleira. Somos líder de vendas na internet.

Observações:
- Montagem por conta do cliente
- Produto com nota fiscal direto do fabricante
- Despacho em até 3 dias após confirmação do pagamento
- As cores podem apresentar variações de tonalidade
- Imagens ilustrativas

Conteúdo: 6 prateleiras medindo 67x30cm, 12 colunas de 67cm cada, 4 sapatas de plástico, 80 parafusos, 80 porcas e manual de montagem

Importante!
- Consulte-nos em caso de dúvida, teremos o maior prazer em ajudar
- Verifique o endereço de entrega se está correto
- Ao receber o produto, desembale e verifique se foi danificado no transporte
- Recuse o recebimento se houver alguma irregularidade
- Garantia de fábrica de 3 meses, contra defeitos de fabricação
- Faça a montagem com as peças detalhadas, conforme instruções do manual que acompanha o produto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 308 DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: neodexa creme - cyclavance - protetor solar cachorro - chemital plus - natalene - shampoo cachorro - regepil





Novo | Disponíveis

2x Larvidil Mata Bicheira 200g

R$ 44⁹⁰

em 3x R$ 14[illegible] sem juros

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Calcule o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

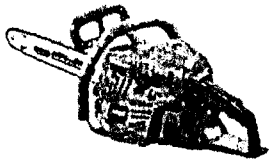
Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Anúncios do vendedor



R$ 37⁹⁹
12x R$ 3,68
Monovin A 20ml Original Vitamina A Crescer Cabelo



R$ 959⁹⁰
10x R$ 95,99 sem juros
Frete grátis
Motosserra a gasolina Tekna CS42S 39.6cc CS42S16OR...



R$ 68⁹⁹
3x R$ 23 sem juros
Vetbras Suplemento Calcioral Líquido Vitaminas...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

[illegible]

+1000

Vendas nos últimos 60 dias

Ver mais dados deste vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

[illegible]

Características principais

Marca	Laippe, Mata Bicheira Pó

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Olá Visitante! Clique aqui e faça seu login.

Fale Conosco

Telefone: 51 3021.7700

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANGUÇU - FOLHA 309 - DCONV

GRUPO CRISTAL DESDE 1988

Digite sua busca aqui

Minha Conta

MEDICAMENTOS MATERIAIS OUTROS MAIS VENDIDOS

Categoria: MEDICAMENTOS DEMAIS MEDICAMENTOS

FUROSEMIDA 10MG, 100X2ML, IV/IM, HYPOFARMA, GENERICO

SKU: 001509

R$ 430,40

2X sem juros de R$ 215,20

Para pagamentos à vista ganhe 2% de desconto.

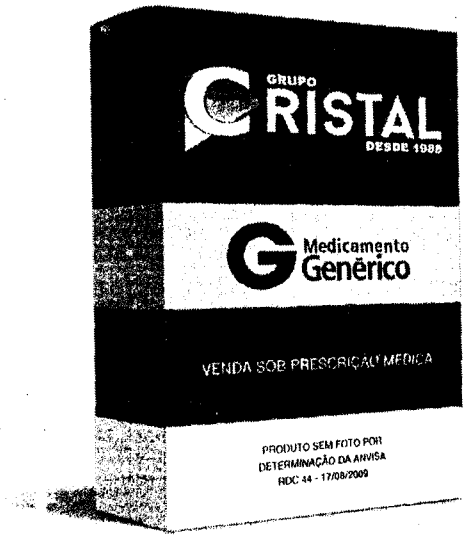
Valor com desconto R$ 421,79

Esgotado. Avise-me quando disponível

Compartilhe este produto

Veja o valor do frete:

CEP





Categoria: Diuréticos
Marca: Hypofarma
Princípio Ativo: Furosemida
Especialidades: Cardiologia,Nefrologia
Tipo Med.: Genérico
Conservação: de 15 a 30 graus
Pode comprar: CNPJs autorizados,Profissionais saúde

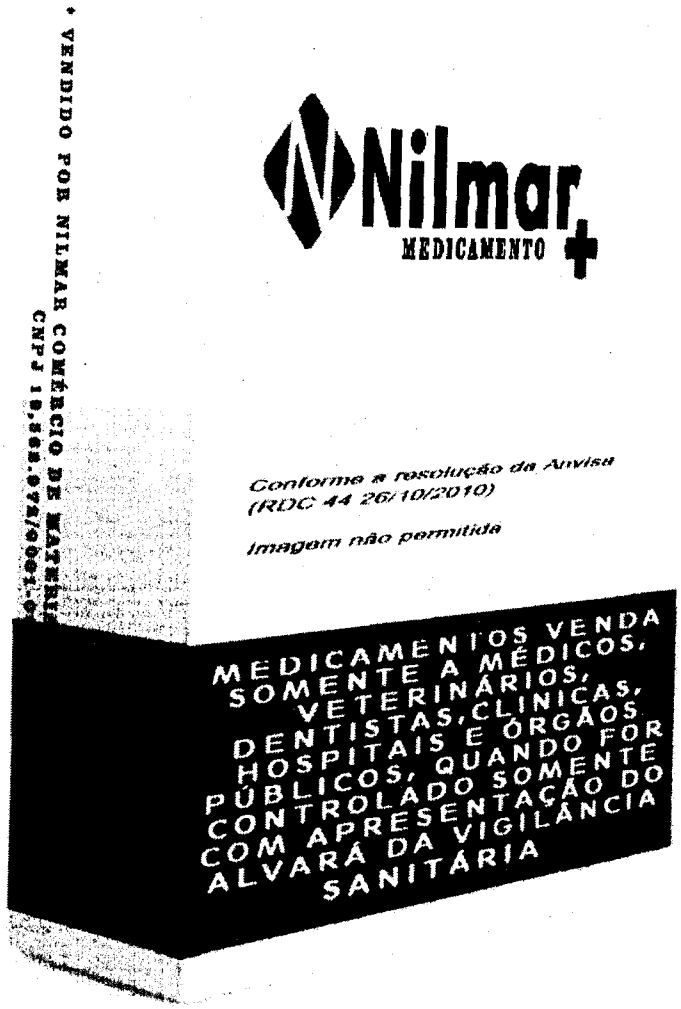
Descrição Avaliações (0)

Uso intravenoso ou intramuscular. Uso adulto e pediátrico. Reg M.S: 1038700380011

Este medicamento é destinado ao tratamento de edemas devido a doenças cardíacas e doenças hepáticas(ascite); edemas devido a doenças renais (na síndrome nefrótica, a terapia da doença causal tem prioridade); insuficiência cardíaca aguda, especialmente no edema pulmonar (administração conjunta com outras medidasterapêuticas); eliminação urinaria reduzida devido à gestose (após restauração do volume de líquidos ao normal); edemas cerebrais como medida de suporte; edemas devido a queimaduras; crises hipertensivas (em adição a outras medidas anti-hipertensivas); indução de diurese forçada em envenenamentos.

A furosemida não deve ser usada em pacientes com insuficiência renal com anúria, pré-coma e coma associado a encefalopatia hepática; hipocalcemia severa; hiponatremia severa; hipovolemia (com ou sem hipotensão) ou desidratação; hipersensibilidade à furosemida, às sulfonamidas ou a qualquer componente da fórmula.

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3088
DCONV



FUROSEMIDA 10MG/ML SOL INJ 2ML HG TEUTO

de R$ 2,10
por **R$ 2,10**

Qtde: 1

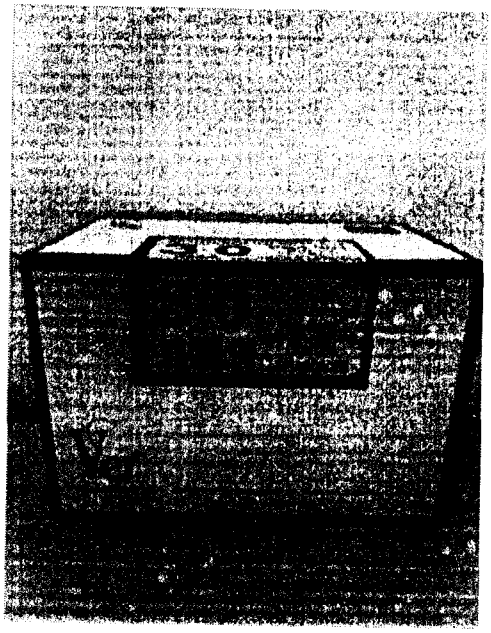
Calcule seu frete Calcular Não sei meu cep

Formas de Pagto:

BOLETO **R$ 2,00** (5% de desconto)

DEPÓSITO BANCÁRIO **R$ 2,00** (5% de desconto)

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3085 -Comunicação- DCONV



Novo | 1 vendido

Fio De Sutura Vetsuture Ácido Poliglicólico 3-0 C Ag

R$ 200

em 12x R$ 19,39

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (+92 disponíveis)

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 50

1 ano de garantia de fábrica.

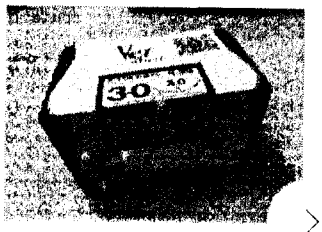
Anúncios do vendedor



R$ 50
12x R$ 4,85
Fio De Sutura Vetsuture Nylon 2-0 Com Agulha 3 Cm



R$ 200
12x R$ 19,39
Frete grátis
Fio De Sutura Vetsuture Pga Ácido Poliglicólico 2-0 Com...



R$ 50
12x R$ 4,85
Fio De Sutura Vetsuture Nylon 3-0 Com Agulha 3 Cm

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
Pontalinda, São Paulo

+50
Vendas nos últimos 365 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	VETSUTURE
Modelo	PGA ÁCIDO POLIGLICÓLICO 3-0
Formato de venda	Unidade
Unidades por kit	24

Garantia

Garantia do vendedor

Garantia de fábrica: 1 anos

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

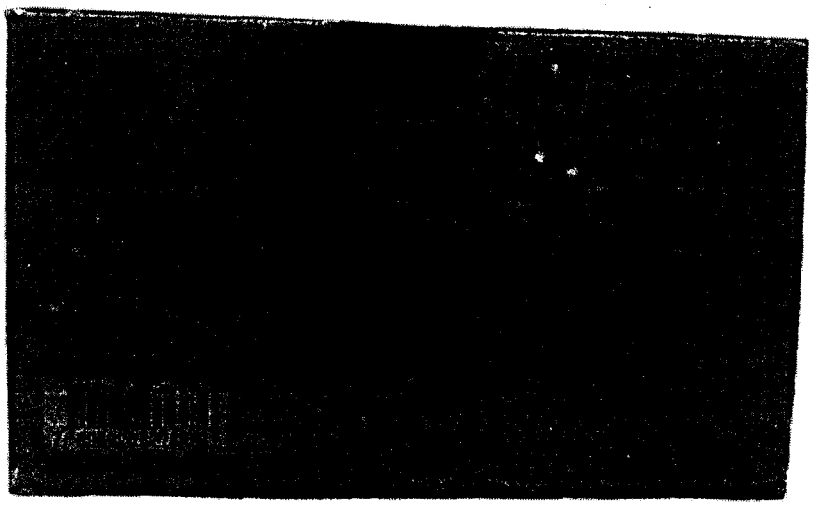
mercado crédito

Cartões de crédito

Parcelamento em até 12x

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3090
DCONV

Informe seu CEP



Novo

Fio De Sutura Ácido Poli cólico 3-0 C/ Ag 3/8 Cir C Cm

R$ 478[57]

em 12x R$ 46[40]

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e os fo etivo.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

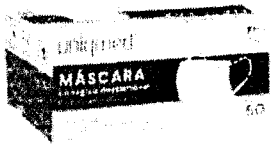
Quantidade: **1 unidade** (+ disponí

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você ac ganha 8$

Anúncios do vendedor



R$ 19[80]

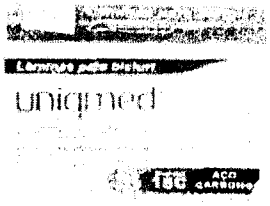
50x Máscaras Descartáveis Tripla Camada Com Clipe...



R$ 69[87]

3x R$ 23,29 sem juros

Fio De Sutura De Nylon Caixa Com 24 Unidades



R$ 56[87]

3x R$ 18,96 sem juros

Lamina Para Bisturi Aço Carbono Nº 15c - Cx C/ 100...

Ver mais anuncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

Santa Casa Paulo

MercadoLíder

+100

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	SHALON
Modelo	PGA302536
Formato de venda	Caixa
Unidades por kit	36

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

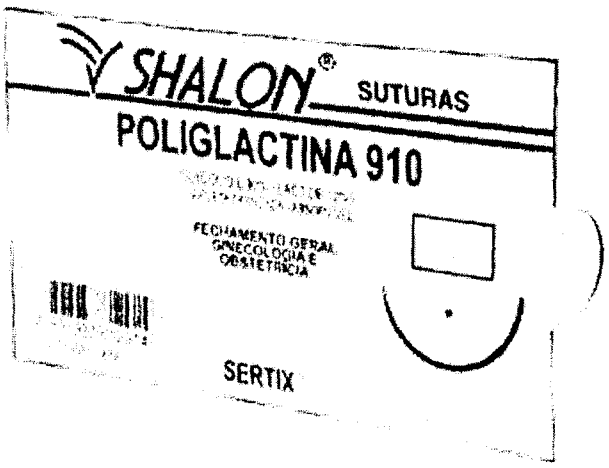
HOSPITALAR Distribuidora

PREFEITURA MUNICIPAL CONGONHAS FOLHA 2091 DCONV

Digite Aqui

VER CATEGORIAS

Hospitalar Distribuidora / Fios Cirúrgicos / POLIGLACTINA



Fio de Sutura 3-0 Poliglactina 910 Violeta - Shalon

Por: **R$ 12,80**

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3932
DCONV

Imizol 100ml Profilaxia E Tratamento Da Babesiose - MSD

Código kd0ef011h4 | Ver descrição completa | MSD



Avaliar produto

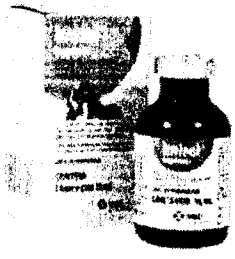
Vendido por **Farmácia Da Vaca**
Entregue por Magalu
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 345,90
ou 7x de R$ 49,41 sem juros

Cartão de crédito
sem juros — R$ 345,90
7xR$ 49,41

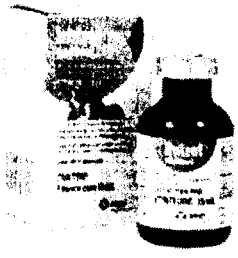
Calcular frete e prazo

Quem viu este produto, viu estes também



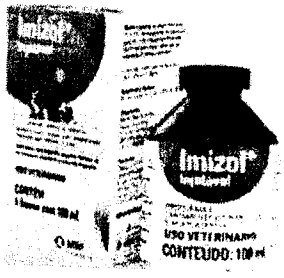
Imizol 15ml Profilaxia E Tratamento Da Babesiose

R$ 62,30



Imizol 15ml Msd Saúde Animal

R$ 59,36



Imizol 100ml Profilaxia E Tratamen... R$ 345,90 à vista

Voltar ao topo | Descrição Completa | Avaliação dos Clientes | Formas de Pagamento

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 309 DOCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: ripercol - ngf 5 - ade - topline - shampoo para cavalo - tiguvon

Compartilhar





Novo | +100 vendidos

Imizol - 15 Ml

R$ 69⁹⁰

em 12x R$ 6⁷⁸

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as formas de envio

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (44 disponíveis)

Frete grátis comprando 2 ou mais unidades

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos Você acumula 0 pontos

Anúncios do vendedor



R$ 129⁹⁰
12x R$ 12,59
Frete grátis
Ciosin Fr De 20 Ml - Msd



R$ 109⁹⁰
12x R$ 10,65
Frete grátis
Ade 200 Ml Hertape Ovinos Bovinos Caprinos



R$ 69⁹⁹
12x R$ 6,79
Modificador Orgânico Mod Plus Agener 500 Ml

Ver mais anuncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
São José do Rio Preto, São Paulo

MercadoLíder Gold
Entre os melhores do site

+500
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	MSD

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

Ate 12x sem cartão

Cartões de crédito

Pague em até 12x

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 309 - DCONV -

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportateis moveis beleza e perfumaria

página inicial > beleza e perfumaria > cabelos > tratamento

favoritar compartilhar



Imizol 100ml Profilaxia E Tratamento Da Babesiose

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Imizol Injetável 100ml Profilaxia e Tratamento da Babesiose e Anaplasmose Somos especializados em saúde animal há mais de 13 anos, possuimos equipe de médicos veterinarios pronto para auxiliar nossos clientes em casos de duvidas! In.

mais informações

política de troca e devolução

R$ 384,20

até 7x de R$ 54,89

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP ok

Este produto é vendido por Farmacia da Vaca e entregue por **Americanas**, que garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também



ventilador de mesa 40cm mondial vsp-40-b super...

1502 avaliações

R$ 171,90

1x de R$ 171,90 sem juros no cartão de crédito



patrocinado

livro - o sermão da montanha e o pai-nosso

2 avaliações

R$ 34,62

1x de R$ 34,62 sem juros no cartão de crédito

Imagem indisponível

sem avaliações

Opa! Já vendemos todo o estoque.



rubralan 5000 injetável 200ml vitaminas b1, b6 e b12 -...

sem avaliações

R$ 80,50

4x de R$ 20,12 sem juros no cartão de crédito

Frete grátis



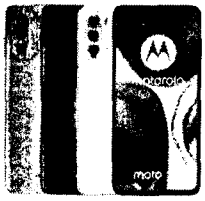
placa... dental, ...

R$ 30,...

1 x de R$ ... no crédito

produtos mais vistos na americanas











até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportateis moveis beleza e perfumaria

americanas empresas
uma americanas inteira para sua empresa



página inicial > saúde e bem estar > primeiros socorros > seringas

favoritar compartilhar



Seringa Luer Lock 5Ml - c/Agulha - Cx c/100Un -- Hc447

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Seringa Luer Lock 5ml - Com Agulha - Cx Com 100un - Multilaser Saúde - Hc447 Transparente A linha hospitalar da Multilaser Saúde conta com as Seringas com agulha Luer Lock. Confira já! Seringa Luer Lock com agulha fixa Capacidade: 5...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 30,90

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP

quantidade:

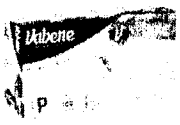
1 unidade

Este produto é vendido e entregue por Webcontinental blackdiplace

A Americanas garante a sua compra do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também



patrocinado

sofá 3 lugares retrátil e reclinável cama inbox...
187 avaliações
R$ 979,90
2x de R$ 122,48 sem juros no cartão de crédito

seringa luer lock 5ml - com agulha - cx com 100un -...
sem avaliações
R$ 30,90
1x de R$ 30,90 sem juros no cartão de crédito

alicate castrador burdizzo bovino/caprino/suino 51cm
sem avaliações
R$ 554,84
em 1x no cartão de crédito

patrocinado

vabene luva viniflex c/100 unidades
sem avaliações
R$ 10,11
em 1x no cartão de crédito

luva ... cx c/100
R$ 14,...

produtos mais vistos na americanas

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3096 DCONV

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

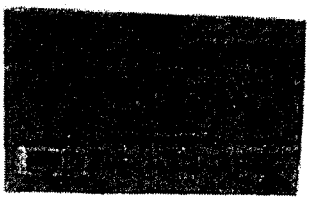
todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportateis moveis beleza e perfumaria

página inicial > casa e construção > materiais elétricos > fios e cabos > fios e cabos de energia

favoritar compartilhar

Fio De Sutura Ácido Poliglicólico 3-0 C/ Ag 3/8 Cir Cil 3 Cm

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta



Seja bem-vindo, fazemos parte do time da Suturas & Afins. SOBRE NÓSA Suturas & Afins é uma empresa especializada na distribuição e comercialização de fios cirúrgicos ou fios de suturas (mais popularmente conhecido), onde nosso objet...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 413,57

até 8x de R$ 51,69

mais formas de parcelamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP

OK

Este produto é vendido por SUTURAS & AFINS e entregue por Americanas, que garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais



quem viu este produto viu também



dreno de sucção contínua a vácuo - estéril e descartável

sem avaliações

R$ 83,0

4x de R$ 20,75 sem juros no cartão de crédito

frete grátis

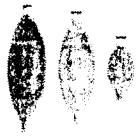


bocal descartável para espirometria c/100 unidade...

sem avaliações

R$ 89,00

4x de R$ 22,25 sem juros no cartão de crédito



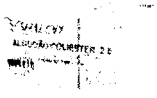
balão de reinalação 500 ml - baraka

sem avaliações

~~R$ 89,22~~

R$ 89,34

em 1x no cartão de crédito



fio de sutura algodão/poliéster 2-0 c/ ag ...

sem avaliações

R$ 69,00

3x de R$ 23,00 sem juros no cartão de crédito

fio v. 0 c/ ag

R$ 405

no boleto

frete grá

produtos mais vistos na americanas

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 309 DCONV

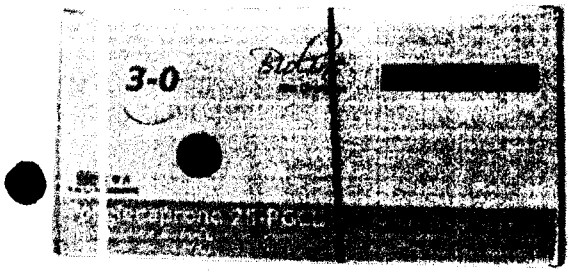
até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportateis móveis beleza e perfumaria

página inicial > casa e construção > materiais elétricos > fios e cabos > fios e cabos de energia

favoritar compartilhar



faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Fio Poliglecaprone PGC25 3-0 c/ag 2,4cm - Cx 12 Unid Bioline

O fio de sutura poliglecaprone 25 é um monofilamento sintético absorvível esterilizado composto por um copolímero pga-pcl. poliglecaprone 25 é formado pela polimerização de dois monômeros, Glicolida 75% e Caprolactona 25%. O fio cá...

mais informações

cor: violeta e incolor

política de troca e devolução

R$ 261,23

R$ 248,16

no boleto

R$ 261,23 em até 5x de R$ 52,24

mais formas de pagamento

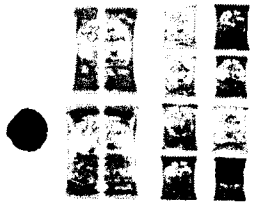
calcular frete e prazo

Digite seu CEP

ok

Este produto é vendido por LIMED MOGI e entregue por Americanas, que garante a sua compra do pedido a entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também



bala butter toffees 100gr arcor

1 avaliação

R$ 4,99

1x de R$ 4,99 sem juros no cartão de crédito

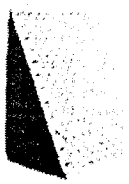


travesseiro triangular p/ apoio costas suave encosto

sem avaliações

R$ 89,99

4x de R$ 22,49 sem juros no cartão de crédito



travesseiro triangular c/ capa amamentação leitura pernas

3 avaliações

R$ 75,00

3x de R$ 25,00 sem juros no cartão de crédito



bala butter toffees torta de limão 500g - arcor

1 avaliação

R$ 24,99

R$ 20,20

1x de R$ 20,20 sem juros no cartão de crédito

bala ... pacote ...

R$ 16,...

1x de R$ ... no crédito

produtos mais vistos na americanas

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 309 - DCONV -

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportateis moveis beleza e perfumaria

página inicial > livros

favoritar compartilhar



Zalix Diurético à Base De Furosemida Msd

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Zalix Diurético à base de Furosemida msd Somos especializados em saúde animal há mais de 15 anos, possuímos equipe de médicos veterinários pronta para auxiliar nossos clientes em casos de dúvidas! Indicado para: Diurético, com uma b...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 43,30

até 2x de R$ 21,65

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP ok

quantidade:

1 unidade

Este produto é vendido por Farmácia da Vaca e entregue por **Americanas**, que garante sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

os mais vendidos da categoria



patrocinado

marshmallow torção

585 avaliações

R$ 5,79

1x de R$ 5,79 sem juros no cartão de crédito



patrocinado

livro - pequeno dicionario houaiss da lingua portuguesa

43 avaliações

R$ 59,99

3x de R$ 19,99 sem juros no cartão de crédito

frete grátis



patrocinado

livro - pai rico, pai pobre - edição de 20 anos atualizad...

833 avaliações

R$ 54,89

2x de R$ 27,44 sem juros no cartão de crédito



patrocinado

livro - o homem mais rico da babilônia

597 avaliações

R$ 21,89

1x de R$ 21,89 sem juros no cartão de crédito

patrocinado

livro ...

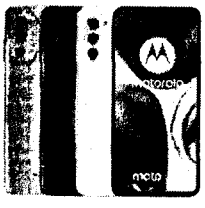
R$ 39,...

1x de R$ ... de crédito

produtos mais vistos na americanas

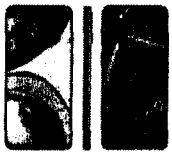


patrocinado



patrocinado





patrocinado



até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 309 DCONV

favoritar compartilhar

Buscofin Composto Injetável AnaLGésico 50ml - Agener União

faça a 1ª avaliação | faça a 1ª pergunta



Seja bem-vindo(a) à #OvalProduto lacrado – Original Indicações Antiespasmódico, analgésico e antipirético de uso geral. Especialmente indicado nos seguintes quadros patológicos: – Equinos: tratamento das cólicas espasmódicas com hip...

mais informações

política de troca e devolução

~~R$ 57,22~~

R$ 51,49

à vista no cartão de crédito

R$ 57,22 em até 2x de R$ 28,61

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP

quantidade

1 unidade






Este produto é vendido por Oval e entregue por **Americanas** que garante sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também



patrocinado

cristaleira ditália 2 portas 1 gaveta c-954 preto

5 avaliações

~~R$ 691,05~~ -20%

R$ 552,84

2x de R$ 276,42 sem juros no cartão de crédito



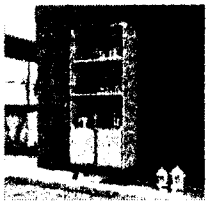
aliv v - cloridrato de bromexina injetavel 50ml

sem avaliações

~~R$ 38,00~~ -20%

R$ 30,40

1x de R$ 30,40 sem juros no cartão de crédito



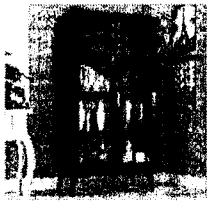
cristaleira madri com pés em madeira móveis bechara

sem avaliações

~~R$ 745,00~~ -20%

R$ 596,60

8x de R$ 74,57 sem juros no cartão de crédito



cristaleira tiffany 2 portas de vidro onix

4 avaliações

~~R$ 616,25~~ -20%

R$ 493,70

em 1x no cartão de crédito

cristaleira 6014

~~R$ 529,00~~ -20%

R$ 423

em 1x no

produtos patrocinados

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.100 DCONV

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

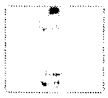
todos os departamentos | mercado | celulares | eletrodomésticos | informática | tv e home theater | eletroportateis | moveis | beleza e perfumaria

favoritar | compartilhar











Alcool Liquido 70% 1L 1 un Sevengel

faça a 1ª avaliação | faça a 1ª pergunta

Alcool Liquido 70% 1L 1 un Sevengel

política de troca e devolução

R$ 7,90

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP | ok

quantidade:

1 unidade

Este produto é vendido e entregue por Gunha.
A **Americanas** garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também



patrocinado

salgadinho a base de batata sour cream e cebola ruffles...

414 avaliações

R$ 9,99

1x de R$ [illegible] sem juros no cartão de crédito



patrocinado

kit 2 coenzima q10 com colágeno vitaminas c e e 60...

2 avaliações

~~R$ 77,80~~ -10%

R$ 70,02

em 1x no cartão de crédito

imagem indisponível

Opa! Já vendemos todo o estoque.



patrocinado

balde caçamba para pintura 11l - castor

sem avaliações

R$ 23,90

1x de R$ 23,90 sem juros no cartão de crédito

lixa d...

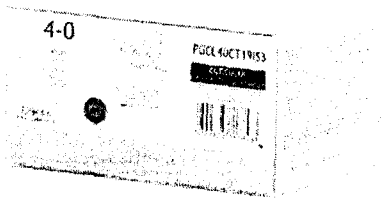
R$ 41,...

1x de R$ ... de crédito

produtos patrocinados

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
390
DOCNV

16%
OFF





Fio Cirúrgico Poliglacaprone 25 Incolor AG 3/8 CIL 1,9cm - BIOLINE FIOS

★★★★★ 1 avaliação

[illegible]

Parcelamento em 3 vezes sem juros

ATENÇÃO: Produto de venda exclusiva a profissionais habilitados, como médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, parteiras e obstetrizes. Para liberação da compra

Escolha sua

[illegible]

De: R$ 14,90

R$ 14,90

Quantidade

Comprar

Calcular frete e prazo

Insira seu CEP para saber o prazo de entrega e o valor do frete

Calcular frete

Detalhes

- [illegible]
- [illegible]

Aplicação

[illegible]

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3102 - DCONV -

Fio Agulhado Nylon Procare Monofilamento Preto 2/0 45cm 30mm 3/8

Código hgdee928gf | Ver descrição completa | Procare







Avaliar produto

Vendido por **QuantumW**

Entregue por magalu

O Magalu garante a sua compra, do pedido a entrega. Sa

R$ 78,90

Cartão de crédito
sem juros

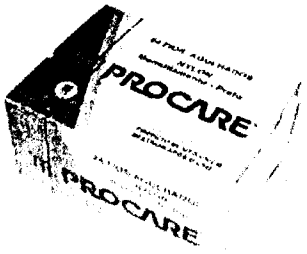
Calcular frete e prazo

Quem viu este produto, viu estes também



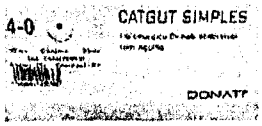
Fio Agulhado Nylon Procare Monofilamento Preto 2/0 45cm 30mm 3/8

R$ 64,90



Fio Agulhado Nylon Procare Monofilamento 1-0 45cm 30mm 3/8

R$ 40,00





PREFEITURA M. CUNGONHAS - DOCNV - FOLHA 3203

Ivermectan Pet 12mg 20 comprimidos UCBVet Sarna Cães

Codigo fe8k4e31jk | Ver descrição completa | Ucbvet







Avaliar produto

Vendido por **Mine Pet**

Entregue por **Magalu**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 88,90

Cartão de crédito sem juros — R$ 88,90 1xR$ 88,90

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Ivermectan Pet 12mg 20 comprimidos UCBVet Sarna Cães

Ivermectan Pet 12mg da fabricante UcbVet é um antiparasitário, indicado para cães no tratamento de sarna sarcóptica, sarna demodécica, sarna otodécica, verminoses gastrointestinais e vermes do coração. Apresentação Caixa contendo 20 comprimidos. Modo de usar Administrar por via oral. *Posologia Sarna sarcóptica:* recomenda-se 0,2 mg/kg a cada 7 dias, em um total de 4 administrações. 1 comprimido de 12mg para cães de 45 a 60kg de peso corpóreo, [illegible]

PREFEITURA M. S. GONÇALO FOLHA 310 DCONV

Cateter 24g Nipro 50 Unidades

Código ca25hfkb4j | Ver descrição completa | NIPRO



Avaliar produto

Vendido por **Limed Mogi**

Entregue por Magalu

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 158,00

R$ 142,20

no PIX (10% de desconto)

ou 3x de R$ 52,67 sem juros

Cartão de crédito
sem juros — R$ 158,00 / 3xR$ 52,67

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Cateter 24g Nipro 50 Unidades

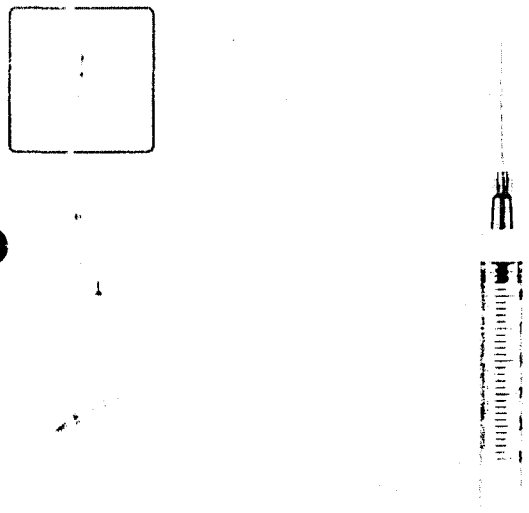
DESCRIÇÃO:

É um cateter Intravenoso que pode ser usado por um período de até sete dias sem causar nenhuma irritação ou desconforto ao usuário. Possui um excelente

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 320 DCONV

Seringa Luer Lock 3ml - Com Agulha - Cx com 100 Uni. - Multi Saúde - HC443 - Multilaser

Código kgfb187c26 | Ver descrição completa | Multilaser



Avaliar produto

Vendido e entregue por **Loja Multilaser**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega Saiba mais

R$ 30,90

Cartão de crédito
sem juros

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Seringa Luer Lock 3ml - Com Agulha - Cx com 100 Uni. - Multi Saúde - HC443

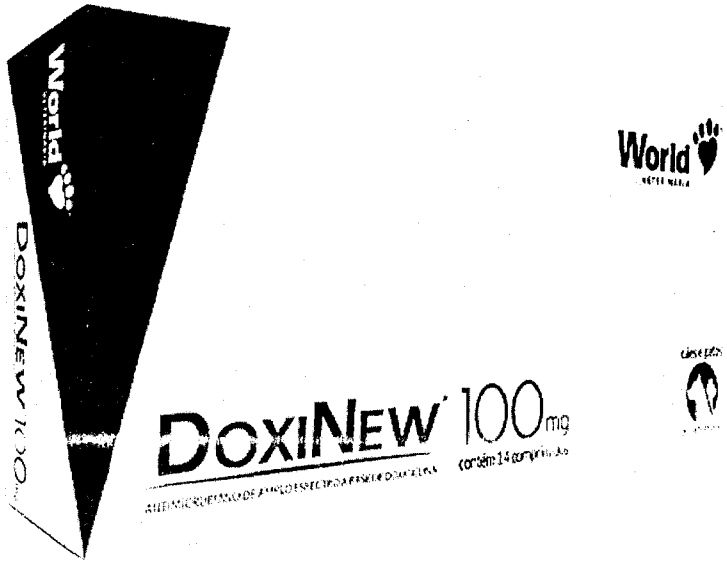
A linha hospitalar da Multi Saúde conta com as Seringas com agulha Luer Lock. Confira já!

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 306 DOONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: renadogs - beneflora vet - glicopan gold - glicopan pet - ograx 500 - neem pet - ograx 1000





Novo

Doxinew 100mg Antibiót 14 Comprimidos World - Original

R$ 30[14]

em 12x R$ 2[9]

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

Produto de [illegible]

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Anúncios do vendedor



R$ 74[96]

12x R$ 7,27

Anti-inflamatório Rimadyl 100mg 14 Comprimidos



R$ 44[23]

3x R$ 14,74 sem juros

Agemoxi Cl 50 Mg Antibiótico Agenor 10 Comprimidos...



R$ 72[81]

3x R$ 24,27 sem juros

Rimadyl 75 Mg 14 Comprimidos Anti-inflamatóri

Ver mais anúncios do vendedor

Características principais

Marca	World
Linha	Cães e Gatos
Nome do suplemento	Doxinew 100mg

Informações sobre o vendedor

Localização

Mercadolíder Platinum

+5mil

Ver mais dados deste vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

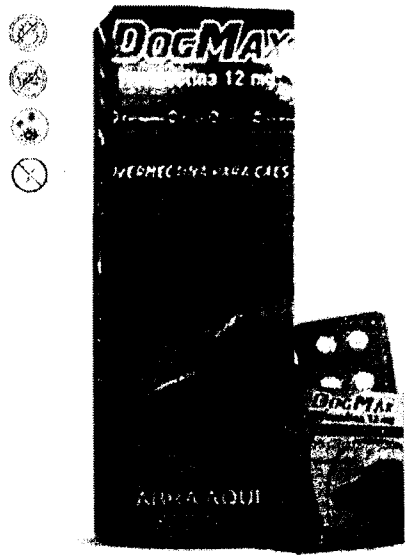
PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 307 DCONV

Enviar para Edilene Rua Delfina Santos Corrêa 173

Você também pode gostar: coleira antipulgas - nexgard - stomorgyl 20 - revolution 6 - fiprolex - endogard - milbemax gatos

Compartilhar





Novo | 425 vendidos

Ivermectina Dogmax 12m Cães 30kg A 60kg - 48 Comprimidos

R$ 99,99

em 3x R$ 33,33 sem juros

Ver os meios de pagamento

Chegará grátis **entre quarta-fe sexta-feira 3 de março**

Você pode tê-lo entre terça-feira e por R$ 23 ~~R$ 50,50~~

Ver mais formas de entrega

Estoque disponível

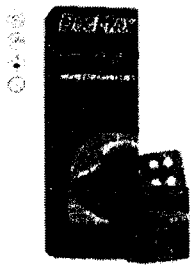
Quantidade: **1 unidade** (29900 di

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 24

Anúncios do vendedor



R$ 99,99
3x R$ 33,33 sem juros
Frete grátis
Ivermectina Dogmax 6mg - P/cães 15kg A 30kg - 48...



R$ 84,15 15% OFF
3x R$ 28,05 sem juros
Frete grátis
Ivermectina 6mg Controller - Cães 15kg A 30kg-48...



R$ 99
3x R$ 33 sem juros
Frete grátis
Ivermectina 12mg Controller-cães Acima De 30kg-12cxs...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

São José Do Rio Preto, São Paulo

+100
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

E pro

Ver mais dados deste vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Características principais

Laboratório	DogMax
Marca	DogMax 12mg
Animais recomendados	Cachorro

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

Nossas lojas Trabalhe na loja Regulamentos Acessibilidade Guia de navegação

Busca no Magalu

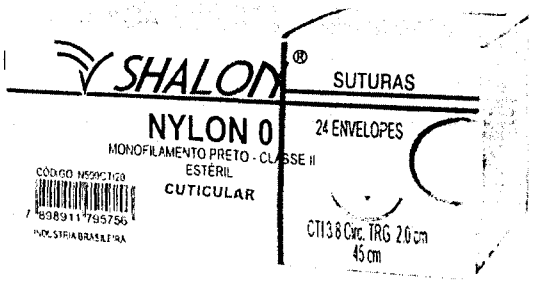
Ofertas do dia Cadastrar Entrar

FOLHA 3108 - DCONV - PMM. CONGONHAS

Fio Nylon 0 C/Ag.2 Cti Caixa C/24 Unid - Shalon

Código bh6k13gbad | Ver descrição completa | SHALON





Avaliar produto

Vendido por **Enifar**

Entregue por **Magalu**

O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 88,80

Cartão de crédito
sem juros

~~R$ 88,80~~
1xR$ 88,80

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Fio Nylon 0 C/Ag.2 Cti Caixa C/24 Unid - Shalon

Nylon 0 C/Ag.2 Cti Caixa C/ 24 Envelopes - Shalon

Caixa com 24 envelopes

Contém um monofilamento não absorvível de origem sintética, sua superfície é lisa e uniforme, preparada através de processos químicos sintéticos. O fio acompanha uma agulha cirúrgica circular de aço inox, sua forma é triangular.

Indicação:

Fio Nylon 0 C/Ag.2 Cti Caixa C/24 ... R$ 88,80 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3209 DCONV

favoritar compartilhar



Tripla Ação Max 12mg - Para 60kg - Caixa com 12 Compr. - Antipulgas, Carrapatos e Sarnas

1.0 (1 avaliação) faça a 1ª pergunta

Vermitril Max – Comprimidos (3 caixinhas) – Similar ao endogard Tratamento e prevenção completo para pulgas, carrapatos, vermes e sarnas. Também previne as doenças causadas pelas picadas. Cada comprimido é para cães de ...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 38,00

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP ok

quantidade: 1 unidade

Este produto é vendido por Loja Prisma e entregue por Americanas, que garante sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também



lavadora de alta pressão kärcher k3 black - 127v

60 avaliações

R$ 699,99

3x de R$ 87,49 sem juros no cartão de crédito

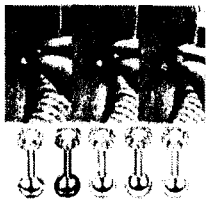


antimicrobiano world veterinária doxinew 50 mg...

sem avaliações

R$ 26,79

1x de R$ 26,79 sem juros no cartão de crédito



2pc pequena rodada cz tragus cartilagem aço...

sem avaliações

Ops! JÁ vendemos todo o estoque.



kit jaborandi antiqueda cosméticos naturais bio...

20 avaliações

R$ 153,90

3x de R$ 51,30 sem juros no cartão de crédito



tela ... sacadas

R$ 45,...

... de R$ ... de crédito

produtos mais vistos na americanas

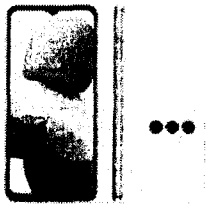


patrocinado

sofá 3 lugares retrátil e reclinável cama inbox...



notebook positivo motion intel celeron-n4020 4gb 1tb...



smartphone samsung galaxy m23 5g 128gb processador...

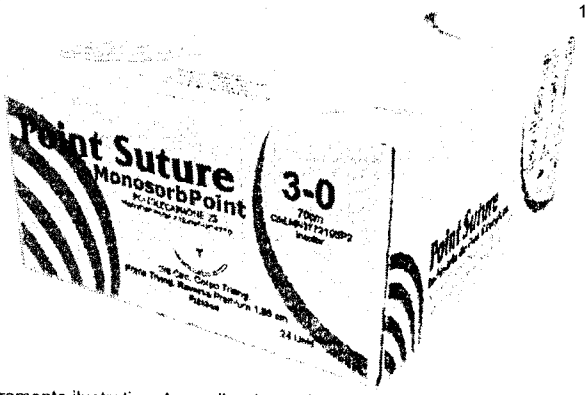


patrocinado

prancha gama eleganza plus bivolt preta

kit 3 ... básica ...

PREFEITURA M. CORONEL XAVIER CHAVES
FOLHA
3110



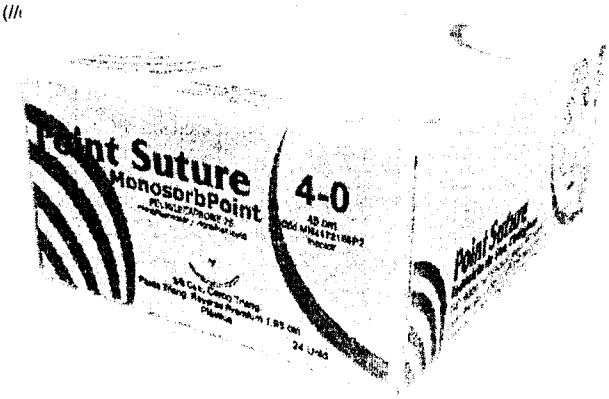


Imagem meramente ilustrativa. A escolha do produto não deve ocorrer mediante seleção de imagem, apenas através da utilização dos filtros.

Fio de Sutura MONOSORBPOINT Poliglecaprone 25 Incolor 45cm/70cm (AGULHA 3/8 DE CÍRCULO CORPO TRIANGULAR PONTA TRIANGULAR REVERSA PREMIUM DE 19.5MM)

R$300,96

VISA

VER MEIOS DE PAGAMENTO

USP (Número Cirúrgico):
3-0

Comprimento:
70cm

QUANTIDADE

1

INCLUIR NO CARRINHO

Meios de envio

Seu CEP

CALCULAR

NÃO SEI MEU CEP (HTTP://WWW.BUSCACEP.CORREIOS.COM.BR/SISTEMAS/BUSCACEP/)

COMPARTILHAR

(whatsapp://send?text=https://loja.pointsuture.com.br/produtos/fio-de-sutura-monosorbpoint-poliglecaprone-25-incolor-45cm-70cm-agulha-3-8-de-circulo-corpo-triangular-ponta-triangular-reversa-premium-de-195mm/)

(https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://loja.pointsuture.com.br/produtos/fio-de-sutura-monosorbpoint-poliglecaprone-25-incolor-45cm-70cm-agulha-3-8-de-circulo-corpo-triangular-ponta-triangular-reversa-premium-de-195mm/)

(https://twitter.com/share?url=https://loja.pointsuture.com.br/produtos/fio-de-sutura-monosorbpoint-poliglecaprone-25-incolor-45cm-70cm-agulha-3-8-de-circulo-corpo-triangular-ponta-triangular-reversa-premium-de-195mm/)

O Monosorbpoint é um fio absorvível, monofilamentar, sintético obtido através da polimerização de dois monômeros: glicolida 75% e caprolactone 25%. O resultado da polimerização é um copolímero chamado PGA-PCL (poliglecaprone 25). O Monosorbpoint é comercializado em sua cor natural amarelo-ouro ou tingido de cor violeta. Como caracteristicas principais, é um fio que apresenta boa fixação do nó cirúrgico, grande resistência de tensão, boa maleabilidade, menor índice de reação inflamatória no processo de absorção que é feito por hidrólise. Tempo de resistência de tensão 15 dias. Tempo de absorção total da massa 60 dias.

Indicações

(https://wa.me/558591924110)

PREFEITURA M. CONCHAS
FOLHA
3114
DOC

(//d3ug -45cm- (//d3ug t

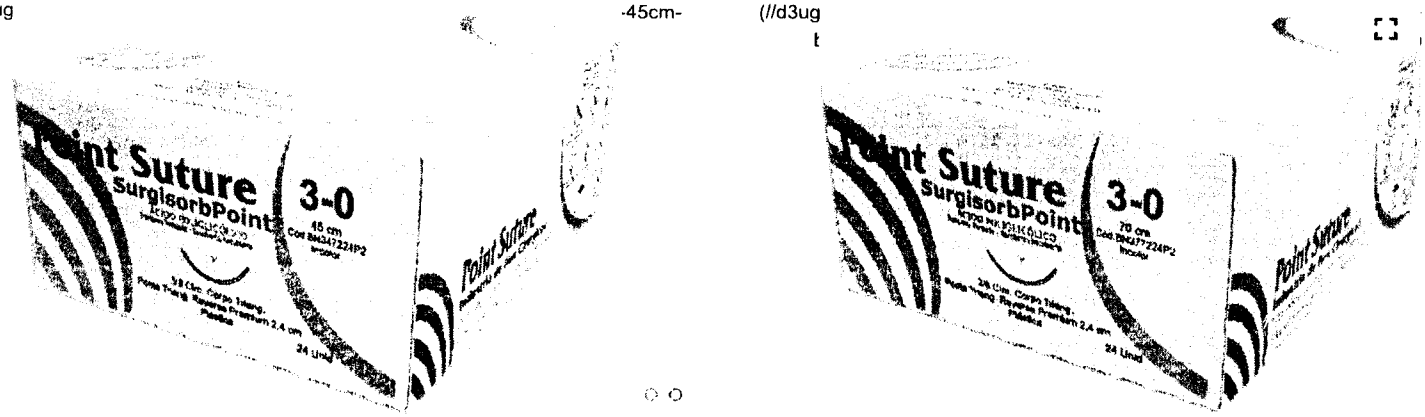


Imagem meramente ilustrativa. A escolha do produto não deve ocorrer mediante seleção de imagem, apenas através da utilização dos filtros.

Fio de Sutura SURGISORBPOINT Ácido Poliglicólico Incolor 45cm/70cm (AGULHA 3/8 DE CÍRCULO CORPO TRIANGULAR PONTA TRIANGULAR REVERSA PREMIUM DE 24MM)

R$244,32

VISA

VER MEIOS DE PAGAMENTO

USP (Número Cirúrgico):
3-0

Comprimento:
70cm

QUANTIDADE 1

INCLUIR NO CARRINHO

Meios de envio

CEP

CALCULAR

NÃO SEI MEU CEP (HTTP://WWW.BUSCACEP.CORREIOS.COM.BR/SISTEMAS/BUSCACEP/)

COMPARTILHAR

(whatsapp://send?text=https://loja.pointsuture.com.br/produtos/fio-de-sutura-surgisorbpoint-acido-poliglicolico-incolor-45cm-70cm-agulha-3-8-de-circulo-corpo-triangular-ponta-triangular-reversa-premium-de-24mm/)

(https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://loja.pointsuture.com.br/produtos/fio-de-sutura-surgisorbpoint-acido-poliglicolico-incolor-45cm-70cm-agulha-3-8-de-circulo-corpo-triangular-ponta-triangular-reversa-premium-de-24mm/)

(https://twitter.com/share?url=https://loja.pointsuture.com.br/produtos/fio-de-sutura-surgisorbpoint-acido-poliglicolico-incolor-45cm-70cm-agulha-3-8-de-circulo-corpo-triangular-ponta-triangular-reversa-premium-de-24mm/)

(https://wa.me/558591924110)

em até 1x de R$ 12,80 s/ juros

ou R$ 12,42 à vista no boleto bancário

PREFEITURA M. CONCÓRDIA FOLHA 312 - DCONV -

Opção

Agulha 1/2 Circular/Cilíndrica 3,5cm (L530MR35) Agulha 3/8 Circular/Cilíndrica 3,0cm (L530CR30)

Agulha 1/2 Circular/Cilíndrica 2,5cm (L530MR25) Agulha 1/2 Circular/Cilíndrica 2,0cm (L530MR20)

1 + -

COMPRAR

Calcular o Frete

OK

Não sei meu CEP

Descrição

Indicação: A sutura de Poliglactina 910 é indicada para uso em tecidos moles, na aproximação ou mesmo ligação destes, incluindo procedimentos oftálmicos, exceto em tecidos cardiovasculares e neurológicos. **Absorção:** A absorção uniforme ocorre de 60 a 90 dias. **Apresentação:** A sutura de Poliglactina 910 é apresentada nos números cirúrgicos 8-0 a 1 e métrico 0,04 a0,499. A sutura é apresentada estéril em comprimentos preestabelecidos com 01 (uma) ou 02 (duas) agulhas de vários tipos e esterilizada em óxido de etileno. **Validade:** A sutura de Poliglactina 910 tem validade de 3 (três) anos após a data de fabricação. **PRODUTO DE USO ÚNICO. ESTÉRIL. NÃO RE-ESTERILIZAR. DESCARTAR ENVELOPES ABERTOS E NÃO UTILIZADOS. MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO: ÓXIDO DE ETILENO Registro no Ministério da Saúde N°** 10243410033

CADASTRE-SE E RECEBA NOSSA NEWSLETTER

Seu nome

Seu e-mail

Horário de atendimento
Seg à Sex das 8h às 18h
Sáb das 8h às 12h

TELEFONE DE CONTATO

INSTITUCIONAL

Empresa

Como Comprar

Formas de Pagamento e envio

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 313 DOCONV

HOSPITALAR Distribuidora

Digite Aqui

Hospitalar Distribuidora / Fios Cirúrgicos / POLIGLACTINA



Fio de Sutura 2-0 Poliglactina 910 Violeta - Shalon

Por: R$ 10,90

em até 1x de R$ 10,90 s/ juros

ou R$ 10,57 à vista no boleto bancário

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 314 - DOONV -

Opção

Agulha 1/2 Circular/Cilíndrica 4,0cm (L520MR40)

Agulha 1/2 Circular/Cilíndrica 3,5cm (L520MR35)

Agulha 3/8 Circular/Cilíndrica 3,0cm (L520CR30)

Agulha 1/2 Circular/Cilíndrica 2,5cm (L520MR25)

Agulha 1/2 Circular/Triangular 3,0cm (L520MT30)

1 + -

COMPRAR

Calcular o Frete

OK

Não sei meu CEP

Descrição

Indicação: A sutura de Poliglactina 910 é indicada para uso em tecidos moles, na aproximação ou mesmo ligação destes, incluindo procedimentos oftálmicos, exceto em tecidos cardiovasculares e neurológicos. **Absorção:** A absorção uniforme ocorre de 60 a 90 dias. **Apresentação:** A sutura de Poliglactina 910 é apresentada nos números cirúrgicos 8-0 a 1 e métrico 0,04 a0,499. A sutura é apresentada estéril em comprimentos preestabelecidos com 01 (uma) ou 02 (duas) agulhas de vários tipos e esterilizada em óxido de etileno. **Validade:** A sutura de Poliglactina 910 tem validade de 3 (três) anos após a data de fabricação. **PRODUTO DE USO ÚNICO. ESTÉRIL. NÃO RE-ESTERILIZAR. DESCARTAR ENVELOPES ABERTOS E NÃO UTILIZADOS. MÉTODO DE ESTERILIZAÇÃO: ÓXIDO DE ETILENO Registro no Ministério da Saúde Nº** 10243410033

CADASTRE-SE E RECEBA NOSSA NEWSLETTER

Seu nome

Seu e-mail

Horário de atendimento

Seg à Sex das 8h às 18h

Sáb das 8h às 12h

INSTITUCIONAL

Empresa

Como Comprar

PREFEITURA DE CONGONHAS
FOLHA
3146

MAGAZINE MÉDICA.COM

Lidocaína Xylestesin 1% Injetável Vasoc. 20ml CRISTÁLIA

Cód.: 12939



PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3216 DCON

Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/lidocaina-xylestesin-1-injetavel-cvasoc-20ml-cristalia/)

CRISTÁLIA (/marcas/cristalia/)

De ~~R$ 16,58~~

Por **R$ 13,87** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 14,01** sem juros (4% de desc. já calculado)

FORMAS DE PAGAMENTO ()

Produto de uso profissional para assistência à saúde. Proibida venda direta ao público. Aprovação mediante apresentação de alvará sanitário, (hospitais, clínicas, postos de saúde, laboratórios, etc), e registro do profissional técnico responsável. Após a conclusão do pedido, solicitamos o envio da documentação para farmaceutico@magazinemedica.com.br (mailto:farmaceutico@magazinemedica.com.br) em até 5 dias para manter seu pedido e no assunto coloque o número do pedido.

Restam apenas **1023 UNIDADES** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

1

Comprar

Comprar pack com 10 un

Frete e Prazo

Informe seu CEP

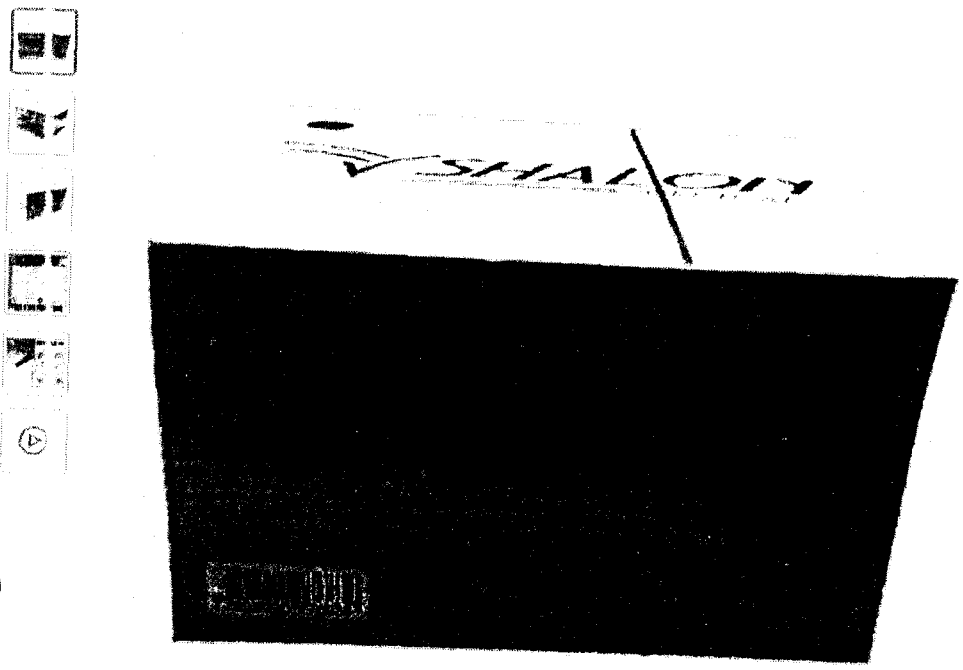
Calcular

Não sabe seu CEP? Clique aqui. (https://buscacepinter.correios.com.br/app/localidade_logradouro/index.php)

Quem comprou, comprou também...

Produto Controlado

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3122 DCOM



Novo | 1 vendido

Fio De Sutura Ácido Poliglicólico 3-0 Ag 1/2 Cir Cil 2 Cm

R$ 485,97

em 10x R$ 48,60 sem juros

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas.

Calcular o prazo de entrega

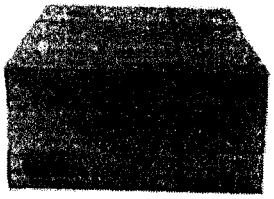
Último disponível!

Comprar agora

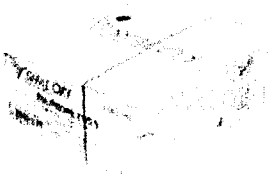
Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos: Você acumula 121

Anúncios do vendedor



R$ 135,57
4x R$ 33,89 sem juros
Frete grátis
Fio De Sutura Polipropileno Azul 5-0 C Ag 3/8 Cir Cil 2 Cm



R$ 138,87
4x R$ 34,72 sem juros
Frete grátis
Fio De Sutura Polipropileno Azul 0 C/ Ag 1/2 Cir Cil 4 Cm



R$ 206,97
6x R$ 34,49 sem juros
Frete grátis
Fio De Sutura Catgut Simples 3-0 C/ Ag 3/8 Cir Cil 3 Cm

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização
Barueri, São Paulo

MercadoLíder
Entrega dos produtos no prazo

+100
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	SHALON
Modelo	PGA302536
Formato de venda	Caixa
Unidades por kit	36

Garantia

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

HOSPITALAR Distribuidora

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 318 DCONV

Digite Aqui

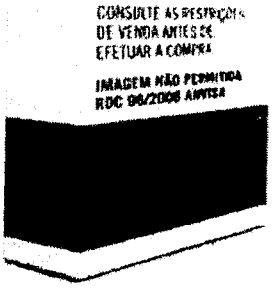
Hospitalar Distribuidora

RESULTADOS DE BUSCA

Produtos encontrados: 1 Resultado da Pesquisa por: metadona

Ordenar por: Selecione

Itens por página: 12



Metadona 10 mg C/25 Ampolas 1ml (Metadon) (Controlado) (A1) - Cristália

~~De R$ 310,00~~

Por R$ 285,45

em até 3x de R$ 95,15 s/ juros
ou R$ 276,89 à vista no boleto bancário

COMPRAR

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3119 - DCONV -

primeiro anterior 1 próximo último

Produtos encontrados: 1 Resultado da Pesquisa por: metadona

Ordenar por: Selecione

Itens por página: 12

Distribuidora de medicamentos

As distribuidoras de medicamentos são responsáveis pelo fornecimento de remédios e produtos hospitalares para clínicas, farmácias, postos de saúde, enfermarias e hospitais. Elas possuem um rol de produtos voltados para a área da saúde, das mais diversas marcas.

É por meio das distribuidoras que os produtos e **medicamentos hospitalares** chegam até os compradores, elas são fundamentais para realizar essa intermediação até chegar ao consumidor final.

A Hospitalar Distribuidora possui um farmacêutico responsável técnico pela fiscalização de todas as normas e pela execução correta dos procedimentos dos POP's (Procedimentos Operacionais Padrão).

Este tipo de atividade necessita da autorização de funcionamento expedida pela Anvisa (Agência de Vigilância Sanitária), assim como um alvará de licença sanitária e, por fim, uma certidão de regularidade autorizada pelo Conselho Regional de Farmácia de cada estado.

Quais são as vantagens da distribuidora hospitalar on-line

A comercialização de atacado via on-line é uma estratégia que facilita todo o processo de compra e venda. Uma **distribuidora de remédio** que realiza as suas vendas por meio de um e-commerce consegue atingir diversos públicos, além de oferecer as melhores condições de pagamento, agilidade de entrega, praticidade e facilidade de compra.

A compra na Hospitalar Distribuidora deve ser feita, exclusivamente, para médicos, clínicas, hospitais e órgãos públicos. Em casos de medicamentos controlados, é exigida a apresentação do alvará da Vigilância Sanitária para oferecer segurança ao consumidor final.

Quando o assunto se trata de medicamentos,, é preciso fazer uma boa pesquisa para encontrar uma **distribuidora de produtos hospitalares** que seja referência no mercado e de confiança. A HD é

PAGUE EM 6X SEM JUROS

Pesquisar Produtos...

Hospitalar Odontologia Descartáveis Medicamentos

PROMOÇÃO

0 item

FOLHA 31



ISOFLURANO 240ML (C1) (ISOFLORINE) – CRISTALIA

R$481,00 30 em estoque

em até 6x de R$80,17 s/ juros

ou R$432,90 à vista

- 1 +

COMPRAR

Adicionar à Lista

SKU: 1495

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição

Descrição

A venda deste medicamento controlado é permitida somente para CNPJ da área da saúde, como Clínicas, Hospitais, Ambulatórios, etc. E necessário enviar as cópias

PREFEITURA M. CONCEIÇÃO DOS MACACOS
FOLHA
3124
DCCM



FIO POLIGLACTINA VYCRIL 3-0 C/AG 2 MR C/36 UND (L530MR20) – SHALON

R$390,00 5 em estoque

em até 6x de R$65,00 s/ juros

ou R$351,00 a vista

- 1 +

COMPRAR

Adicionar à lista

SKU: 2437

Categorias: Hospitalar, PENSO

Descrição Informação adicional

Descrição

A sutura de Poliglactina é indicada para uso em tecidos moles, na aproximação ou mesmo ligação destes, incluindo procedimentos oftálmicos, exceto em tecidos

FRETE GRÁTIS ACIMA DE R$ 500,00 PARA PORTO VELHO

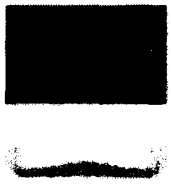
Pesquisar Produtos...

PREFEITURA M. CONCEIÇÃO FOLHA 312



VENDA APENAS SOB APRESENTAÇÃO DE CRM, CRO, CRMV.

IMAGEM NÃO PERMITIDA RDC 96/2008 ANVISA



FENTANILA 0.05 MG/ML 5ML SOL INJ IV/IM (A1) (FENTANEST) – CRISTALIA

R$10,82 420 em estoque

em até 6x de R$1,85 s/ juros

ou R$9,47 à vista

- 1 +

COMPRAR

Adicionar à Lista

SKU: 1828

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição Informação adicional

Informação adicional

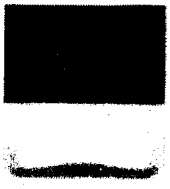
Peso	0,05 g

PREFEITURA M. CUNGONHAS
FOLHA
3123
DCOM



VENDA APENAS SOB APRESENTAÇÃO DE CRM, CRO, CRMV.

IMAGEM NÃO PERMITIDA RDC 96/2008 ANVISA



CETAMINA CLOR DEXTRO 50MG/ML 2 ML INJ (C1) (KETAMIN) – CRISTALIA

~~R$25,00~~ Fora de estoque

em até 6x de ~~R$4,17~~ s/ juros

ou ~~R$22,50~~ à vista

SKU: 1490

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição

Descrição

A venda desse medicamento é restrita, pois nós somos distribuidores, que ao contrário de farmácias, não fazemos retenção de receitas médicas. A comercialização via CPF é permitida para profissionais que possam responder pelo uso desse medicamento, como Médicos, Médicos Veterinários, Dentistas e Biomedicos com habilitação em estética, tendo a obrigatoriedade de enviar a cópia frente e verso de suas respectivas carteiras profissionais, em um dos nossos canais de atendimento; e-mail: distrimedph@gmail.com , ou WhatsApp (69) 99997-0788. A venda

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 31 - DCONV -

CIRÚRGICA medicalpharma
Cuidando da sua família

Categorias

ANTISSÉPTICO
Medicalpharma Vet +
Mobilidade +
Produtos Hospitalares +
Tratamento e Prevenção +



BUSCOFIN INJETÁVEL 50ML

R$ 66,00

Indicações:
Antiespasmódico, analgésico e antipirético de uso geral. Especialmente indicado no tratamento de cólicas intestinais e renais.
Fórmula:
Dipirona 50 g / Hioscina 0,4 g / Veículo q.s.p. 100 ml
Posologia e modo de usar:
Equinos adultos: 20 a 30 ml, IV/Potros: 5 a 10 ml, IV. Bovinos adultos: 20 a 25 ml, IM ou IV/Bezerros: 5 a 10 ml, IM ou IV. Suínos: 5 a 10 ml, IM ou IV.
Período de carência:
12 dias para a carne; 4 dias para o leite.
Apresentação:

Frascos-ampola contendo 50 ml
MODO DE USAR
Administrar por via intramuscular ou intravenosa.

Alterações no MODO DE USAR e POSOLOGIA poderão ser efetuadas conforme orientação do Médico Veterinário.

Em estoque

1

SKU: 000493 Categoria: Medicamentos Veterinários
Tags: ANALGÉSICO, ANTIESPASMÓDICO, ANTIPIRÉTICO

Descrição

Descrição

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
312
DOCNV



ANESTT INJETÁVEL 50mL

R$ 11,70

Anestt anestésico local injetável à base de Cloridrato de Lidocaína e Bitartarato de Epinefrina. Atua no bloqueio e na condução nervosa provocando vasoconstrição no sítio de aplicação, oferecendo um maior tempo de efeito anestésico.

Em estoque

1 Comprar

SKU: 1603211058

Categorias: Medicalpharma Vet, Medicamentos Veterinários

Tags: ANESTÉSICO, EPINEFRINA, LIDOCAÍNA, LOCAL

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 326
DCONV

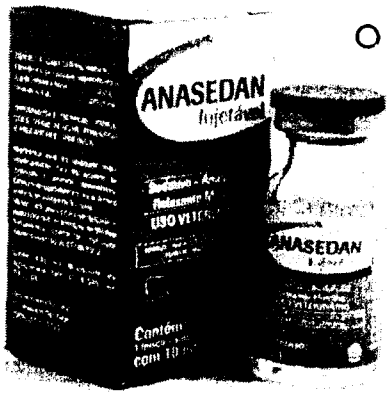
CIRÚRGICA
Medicalpharma
Cuidando da sua família

PRODUTOS HOSPITALARES | MEDICALPHARMA VET | MOBILIDADE
TRATAMENTO E PREVENÇÃO | MINHA CONTA | A EMPRESA | CONTATO

Home / Produtos / ANASEDAN 2% (XILAZINA) Injetável 10mL

Categorias

- ANTISSÉPTICO
- Medicalpharma Vet +
- Mobilidade +
- Produtos Hospitalares +
- Tratamento e Prevenção +



ANASEDAN 2% (XILAZINA) Injetável 10mL

R$ 18,50

VENDA SOMENTE PERMITIDA A MÉDICOS VETERINÁRIOS com encaminhamento de notificação do SIPEAGRO

VENDA SOB NOTIFICAÇÃO SIPEAGRO. RETENÇÃO OBRIGATÓRIA DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA.

Encaminhar a notificação para e-mail **medicalfarmaonline@gmail.com**

Sujeito à análise.
De acordo com a instrução normativa 35 de setembro/17-MAPA

Visite o site:
http://www.agricultura.gov.br/assur agropecuarios/insumos-pecuarios/produtos-veterinarios/

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 312 DCCNV

Categorias

ANTISSÉPTICO

Medicalpharma Vet +

Mobilidade +

Produtos Hospitalares +

Tratamento e Prevenção +



CETAMIN 10% INJETÁVEL 10ML (venda exclusiva a vet)

R$ 37,00

VENDA SOMENTE PERMITIDA A MÉDICOS VETERINÁRIOS com encaminhamento da notificação do SIPEAGRO

VENDA SOB NOTIFICAÇÃO SIPEAGRO. RETENÇÃO OBRIGATÓRIA DA NOTIFICAÇÃO DE RECEITA.

Encaminhar a notificação para e-mail **medicalfarmaonline@gmai**

Sujeito à análise.
De acordo com a instrução normativa 35 de setembro/17- MAPA

WhatsApp

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 312 DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: agulha de insulina - agulha roxa - seringa de insulina - agulha 30g - siringa - seringa - seringa de 3ml





Novo | +25 vendidos

Seringa 5ml Luer Slip Co Agulha 25x7 - C/500

R$ 125

em 4x R$ 31,25 sem juros

Ver os meios de pagamento

Frete grátis FULL

Saiba os prazos de entrega e os fo envio

Calcular o prazo de entrega

Capacidade Em Volume: **5 mL**

Estoque disponível

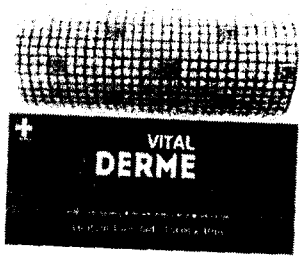
Quantidade: **1 unidade** (+50 disponí

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 31

Anúncios do vendedor

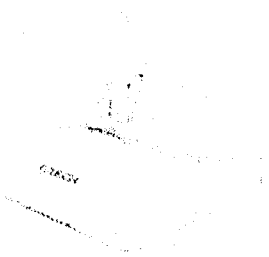


R$ 155

5x R$ 31 sem juros

Frete grátis

Curativo Filme Transparente Vitalderme Rolo 15cm X 10...

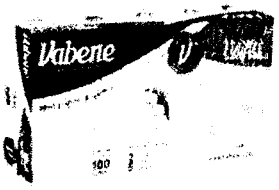


R$ 169

5x R$ 33,80 sem juros

Frete grátis

Nebulizador compressor G-Tech Compact DC1 branco...



R$ 20

2x R$ 10 sem juros

Luvas descartáveis Vabene Viniflex cor transparente...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

MercadoLíder Gold

É um dos melhores do site

+1000

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	SR
Unidades por embalagem	500

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

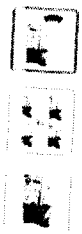
Até 12x sem cartão

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
329
- DCONV -

Informe seu CEP

Você também pode gostar: natalene - neodexa creme - shampoo cachorro - cyclavance - regepil - chemital plus - protetor solar cachorro

Compartilhar





Novo | +2% vendidos

Rifocina Spray Refotrat R micina 10mg/ml - 20ml 4 Unid.

R$ 104

em 12x R$ 10,08

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e as formas

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (+ 994 disponíveis)

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos Você acumula 26

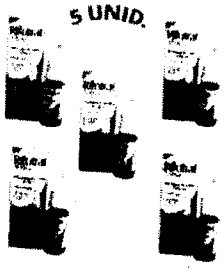
Anúncios do vendedor



R$ 25,11 10% OFF

12x R$ 2,43

Rifotrat Spray 20ml (rifocina) (rifamicina)

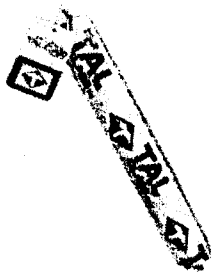


R$ 128,15 5% OFF

4x R$ 32,04 sem juros

Frete grátis

Rifotrat Spray 20ml (rifocina) (rifamicina)



R$ 36,90

3x R$ 12,30 sem juros

Sache De Cola Pu55 Talglass 658 Sache 600ml / 810g...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

+100

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Natulab

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

Cartões de crédito

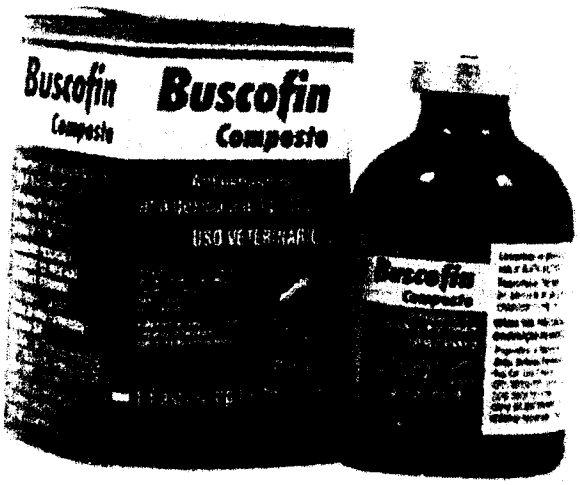
Pague com até 12x

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3139
DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: ripercol - ngf 5 - shampoo para cavalo - ade - tiguvon - topline

Compartilhar



Novo | 5 vendidos

Buscofin AnaLGésico Antipirético Colicas Inj. 50ml

R$ 64,90

em 12x R$ 6,29

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e os custos de envio.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (100 disponíveis)

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 65 pontos

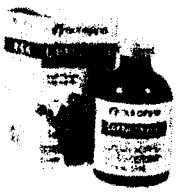
Anúncios do vendedor



R$ 24

12x R$ 2,33

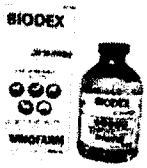
Vit Ade Suplemento Vitamínico 50ml



R$ 59,90

12x R$ 5,81

Corta Curso 50ml Antidiarréico Antimicrobianos



R$ 36

12x R$ 3,49

Biodex 50ml - Biofarm

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

São José do Rio Preto, São Paulo

MercadoLíder Gold

Mais de 500 vendas nos últimos 60 dias

+500
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

É pro

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	Agener

Garantia

Garantia do vendedor

Sem garantia

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

Cartões de crédito

Pague em até 12x

PREFEITURA M. CORONINHAS
FOLHA
323
DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: alcool 70 liquido - alcool 92 - asseptgel - alcool gel 5 l - alcool spray - coperalcool - alcool 70

Compartilhar





Novo | + 100 vendidos

Álcool 70% Líquido 2 Litr Etílico Hidratado Bacteri

#MAIS VENDIDO 3º em Géis Antibacterianos

R$ 26[34]

em 2x R$ 13[17] sem juros

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e as fo envio.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (684 dispo

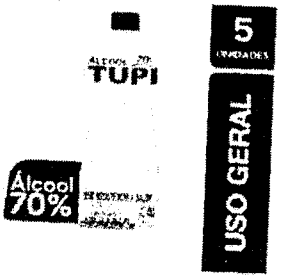
Frete grátis comprando 3 ou mais unida

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos Você acumula 6 p

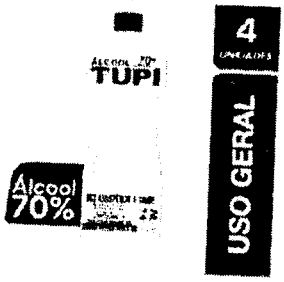
Anúncios do vendedor



R$ 54

12x R$ 5,24

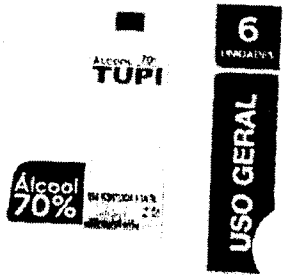
Álcool 70% Líquido 5 Litros Etílico Hidratado Bactericida



R$ 45

3x R$ 15 sem juros

Álcool 70% Líquido 4 Litros Etílico Hidratado Bactericida



R$ 65

3x R$ 21,67 sem juros

Álcool 70% Líquido 6 Litros Etílico Hidratado Bactericida

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

MercadoLíder

+100
Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	TUPI
Linha	Hospitalar
Formato do álcool antibacteriano	Líquido

Garantia

Garantia do vendedor

Garantia do vendedor: 7 dias

Meio de pagamento

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3232
DCONV



Novo | 1 vendido

Fio De Sutura Vetsuture Ácido Poliglicólico 2-0 C Ag

R$ 80

em 12x R$ 7,76

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba quais são as categorias de frete grátis

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade**

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos: Você acumula 20

Garantia de fábrica

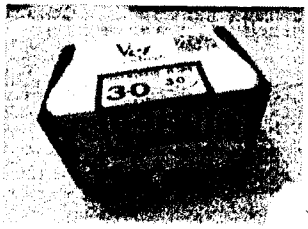
Anúncios do vendedor



R$ 200
12x R$ 19,39
Frete grátis
Fio De Sutura Vetsuture Pga Ácido Poliglicólico 2-0 Com...



R$ 50
12x R$ 4,85
Fio De Sutura Vetsuture Nylon 2-0 Com Agulha 3 Cm



R$ 50
12x R$ 4,85
Fio De Sutura Vetsuture Nylon 3-0 Com Agulha 3 Cm

Ver mais anuncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

+50
Vendas nos últimos 365 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

Características principais

Marca	VETSUTURE
Modelo	PGA ÁCIDO POLIGLICÓLICO 2-0 COM AGULHA 3CM
Formato de venda	Unidade
Unidades por kit	6

Garantia

Garantia do vendedor

Meio de pagamento

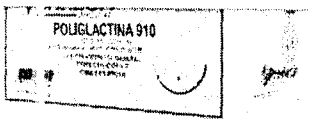
Ate 12x sem cartão

mercado crédito

Cartões de crédito

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3133

Categorias



Por
R$ 326,86
3x de **R$ 108,95** sem juros

Fio Poliglactina
Marca: Shalon
Modelo: Violeta
Medida: 3-0 C/Ag 2,5cm
REF: L530MR25
Embalagem: Caixa com 36 unidades
Preço por Caixa
Imagem Ilustrativa

Marca **Shalon**
Capacidade **Caixa com 36 unidades**
Tamanho **3-0 C/Ag 2.5cm**

Simule o valor do frete

Qtd. 1 CEP

Descrição:

Poliglactina 910 é um fio de sutura cirúrgica sintético absorvível, estéril, formado por um copolímero, em que 90% de sua composição é constituída de glicolida e 10% de L-lactida. Essa sutura Poliglactina 910 é recoberta por uma mistura composta de partes iguais do copolímero glicolida e L-lactida (Poliglactina 370) e estearato de cálcio. Os copolímeros neste produto tem demonstrado características não antigênicas e não pirogênicas, a sua absorção provoca uma reação mínima no tecido. A sutura é apresentada na forma tingida, durante a polimerização com D+C violeta nº 2 e não tingida natural.

Indicação

TOPO

A sutura de Poliglactina 910 é indicada para uso em tecidos moles, na aproximação ou mesmo ligação destes, incluindo procedimentos oftálmicos, exceto em tecidos cardiovasculares e neurológicos.

Powered by FASTCOMMERCE

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 31 34 DCONV

Informe seu CEP

Confira o envio para o seu endereço

Inclua seu CEP para verificar os custos e prazos de entrega precisos na busca.

Mais tarde



Novo | +5 vendidos

Acido Poliglicolico Pga 2 70cm Ag 1/2 Cil 2,5cm Abs20mr25r

R$ 19,10

Pague em parcelas

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Saiba os prazos de entrega e os fo envio.

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: **1 unidade** (20 disponí

Comprar agora

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos. Você acumula 4 p

Características principais

Marca	BIOLINE FIOS
Modelo	ACIDO POLIGLICOLICO PGA 2-0 70CM AG 1/2 CIL 2,5CM ABS20MR25R BIOLINE
Formato de venda	Unidade
Unidades por kit	1
Unidades por embalagem	1

Outros

Tipo de fio de sutura: cirúrgico

Material do fio: Ácido Poliglicólico

Comprimento: 70 cm

É kit: Não

Descrição

Informações da loja

Maconequi

Loja oficial no Mercado Livre

MercadoLíder Platinum

+1000

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados de Maconequi

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão

mercado crédito

Cartões de credito

VISA Hipercard elo

Categorias

PREFEITURA DE CONCHAS (11) 2231-9564 FOLHA 313 DCONV

Preço por Caixa
Imagem Ilustrativa

Marca **Shalon**
Capacidade **Preço por caixa**
Tamanho **2-0 70cm 3/8 CIR. CIL. 3.0cm**

Simule o valor do frete

Qtd. 1 CEP

Descrição:

O Ácido Poliglicólico é um fio de sutura cirúrgica sintética absorvível, estéril. É composto de homopolímero de Ácido Glicólico e uma camada de Estearato de Cálcio. O homopolímero vem demonstrando características não antigênicas e não pirogênicas, sua absorção provoca reação mínima no tecido. A sutura é apresentada na forma tingida, durante a polimerização com D+C violeta nº 2 e não tingida (natural).

Indicações

A sutura de Ácido Poliglicólico é indicada para uso em aproximação dos tecidos moles em geral e/ou ligadura, exceto o uso em cirurgias oftalmológicas, cardiovasculares ou neurológicas.

Avaliações dos clientes:

Este produto ainda não recebeu avaliações de clientes.
Clique aqui e seja o primeiro a avaliá-lo

Veja nossos meios de **Pagamento**

Veja nossos selos de **Loja segura**

Alguma dúvida? **Fale conosco**

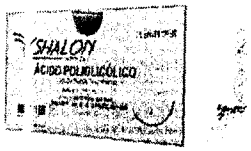
TOPO

Powered by FASTCOMMERCE

Categorias

(11) 2231-9564
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
FOLHA
3136
DECONV

Ref:134081



Por
R$ 297,15
3x de **R$ 99,05** sem juros

Fio Ácido Poliglicólico
Marca: Shalon
Modelo: Com Agulha
Diâm Fio: 0
Comp: 70cm
Desc Agulha: 1/2 CIR. CIL. 3.0cm
Emb: Caixa com 36 unidades
RF: G500MR30
Preço por Caixa
Imagem Ilustrativa

Marca **Shalon**
Capacidade **Preço por caixa**
Tamanho **0 70cm 1/2 CIR. CIL. 3.0cm**

Ref:134143



Por
R$ 399,40
3x de **R$ 133,13** sem juros

TOPO

Fio Ácido Poliglicólico
Marca: Shalon
Modelo: Com Agulha
Diâm Fio: 2-0

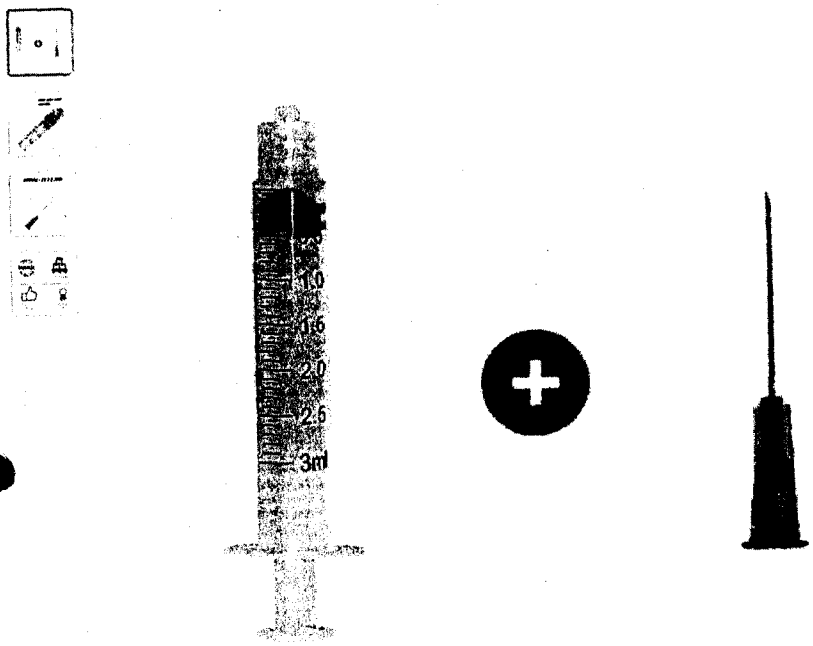
PREFEITURA DE PINHAIS
FOLHA
3132
DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: agulha roxa - seringa de 3ml - agulha de insulina - seringa - siringa - agulha 30g - seringa de insulina

Voltar à lista Saúde › Equipamento Médico › Instrumentos Médicos › Seringas

Compartilhar



Novo | +1 vendidos

Kit Seringa 3ml Luer Locl Com 500 + Agulha 25x7 500

R$ 149,90

em 4x R$ 37,48 sem juros

Ver os meios de pagamento

Frete grátis

Saiba os prazos de entrega e custo de envio.

Calcular o prazo de entrega

Capacidade Em Volume: 3 mL

Estoque disponível

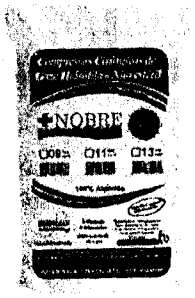
Quantidade: 1 unidade

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

12 meses de garantia de fábrica

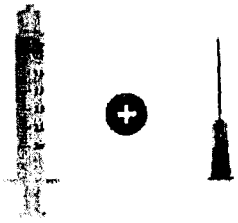
Anúncios do vendedor



R$ 24,99

12x R$ 2,42

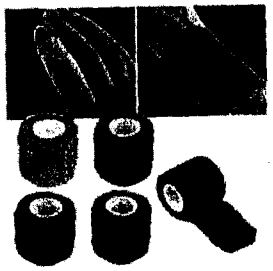
Compressas Cirúrgicas De Gaze Hidrófila Não Estéril 13...



R$ 22,41 10% OFF

2x R$ 11,20 sem juros

Kit Seringa 3ml Luer Lock Com 50 + Agulha 25x7 Com 50 - Sr



R$ 107,10 10% OFF

12x R$ 10,38

Frete grátis

Kit 10 Bandagem/atadura Elastica Flexivel -tipo Coflex -...

Ver mais anúncios do vendedor

Informações sobre o vendedor

Localização

MercadoLíder Gold

+1000

Vendas nos últimos 60 dias

Presta bom atendimento

Ver mais dados deste vendedor

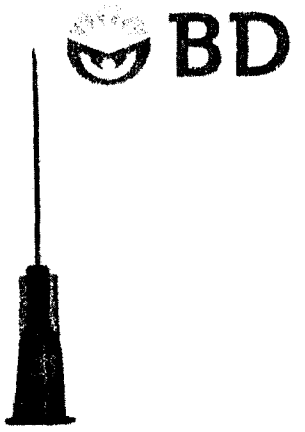
Características principais

Marca	SR
Unidades por embalagem	500

Garantia

Garantia do vendedor

PREFEITURA DE PINHAIS - DCONV - FOLHA 313



Agulha 25 X 7 BD Este produto possui 1 variação(ões), escolha abaixo.

AGULHA DESC 25x7 BD (100) BD

Agulha Descartável Hipodérmica BD | Maconequi

Ver descrição completa

1 Unidade

R$ 0,50

Quantidade: - 1 +

Entrega expressa

Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

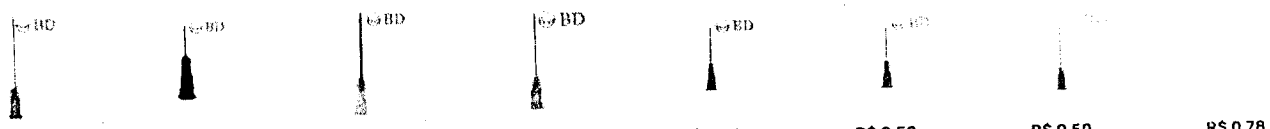
Calcule seu frete: CALCULAR

Compra 100% segura - PCI Certified Vtex

Loja Confiável nota dos clientes 4,5/5

Devolução gratuita sem complicações em até 7 dias após o recebimento

Produtos **Similares**



R$ 0,50 | R$ 1,00 | R$ 1,00 | R$ 0,60 | R$ 0,60 | R$ 0,50 | R$ 0,50 | R$ 0,78

Agulha Descartável BD

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARGONHAS
FOLHA 0139
- DCONV -

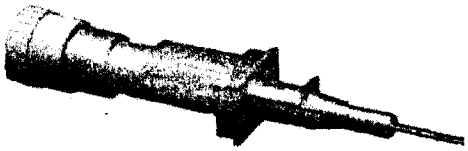
Este produto possui 1 variação(ões). escolha abaixo.

Cateter Intravenoso Teflon 24G Polymed

7899780106179 Polymed

Cateter Intravenoso Teflon Polymed

Ver descrição completa



Cateter Intravenoso Teflon 24G Polymed

Quantidade: - 1 +

R$ 4,00

Entrega expressa

Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

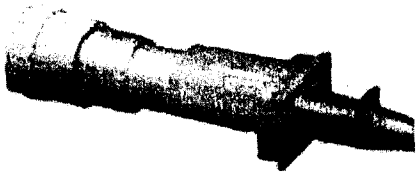
Calcule seu frete: CALCULAR

Compra 100% segura - PCI Certified Vtex

✓ **Loja Confiável** nota dos clientes 4,5/5

✓ **Devolução gratuita** sem complicações em até 7 dias após o recebimento

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3140 - DCONV -



Este produto possui 1 variação(ões), escolha abaixo.

Cateter Intravenoso Teflon 22G Polymed

7899780106162 Polymed

Cateter Intravenoso Teflon Polymed

Ver descrição completa

Cateter Intravenoso Teflon 22G Polymed

Quantidade:

R$ 2,50 - 1 +

Entrega expressa

Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

Calcule seu frete: CALCULAR

Compra 100% segura - PCI Certified Vtex

Loja Confiável nota dos clientes 4,5/5

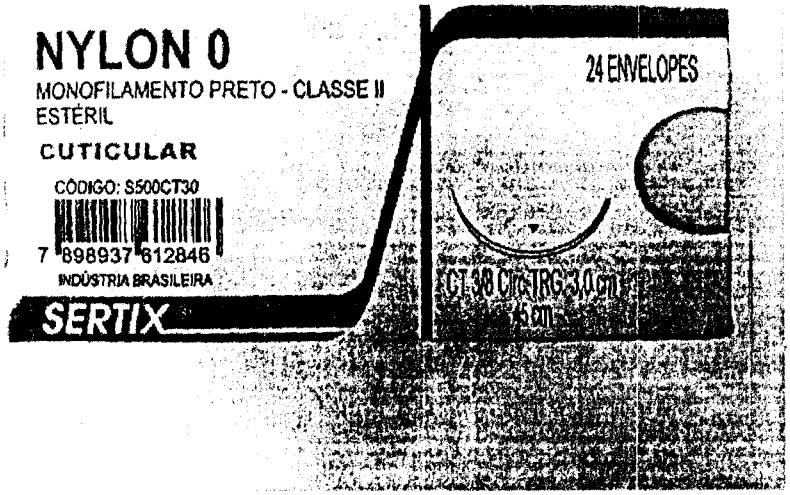
Devolução gratuita sem complicações em até 7 dias após o recebimento

Cateter em Teflon resistente, flexível, biocompatível e radiopaco (impermeável ao raio-X).

Ponta (Agulha) em aço inoxidável siliconado, com bisel ultra afiado

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3141 - DOCONV -

Informe seu CEP



Novo | 1 vendido

Fio De Sutura Nylon 0 Sh Sertix Com 24 Unidades

R$ 50

em 3x R$ 16

Ver os meios de pagamento

Envio para todo o país

Calcular o prazo de entrega

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Características principais

Marca	SERTIX / SHALON
Modelo	Monofilamento preto
Formato de venda	Caixa
Unidades por kit	24
Unidades por embalagem	24

Outros

Tipo de fio de sutura: Não-absorvível

Material do fio: Nylon

Forma da agulha: Curva

Comprimento: 3 cm

É estéril: Sim

Descrição

FIO DE NYLON CAIXA COM 24 UNIDADES
TAMANHO : 0

AGULHA DE 3CM , 45CM DE FIO , PRETO

Fio de sutura não absorvível

Informações sobre o vendedor

Localização

+25

vendas nos últimos 365 dias

Ver mais dados deste vendedor

Garantia

Garantia do vendedor

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

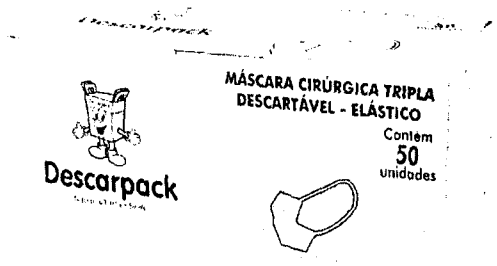
mercado

Cartões de crédito

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 314 DCONV

Informe seu CEP

Você também pode gostar: mascara protdesc - mascara reutilizavel - mascara descartavel branca - mascara preta - mascara descartavel tripla



Novo | +100mil vendidos

Descarpack Tripla de polipropileno cor branco

★★★★½ (1709)

15º em Máscaras Cirúrgicas Descarpack

R$ 12,88

em 12x R$ 1,25

Ver os meios de pagamento

Cor: Branco

Branco Preto

- Comodidade e confiabilidade quando você precisa.

Opções de compra:

6 produtos novos a partir de R$ 12,88

Envio para todo o país

Calcular o prazo de entrega

Vendido por ELASLOJAVIRTUAL
MercadoLider +1000 vendas

Estoque disponível

Quantidade: 1 unidade

Adicionar ao carrinho

Mercado Pontos

Quem viu este produto também comprou



R$ 67,90
12x R$ 6,58
FULL
Aparelho Medir Diabetes Gllicose Combo Completo G...



R$ 29,90
12x R$ 2,91
Kit 200 Máscara Caixa Descartável Tripla C/ Filtro...



R$ 109,90
3x R$ 36,63 sem juros
Frete grátis
Monitor De Glicose + 100 Tiras De Glicose + 100 Lancetas

Características principais

Marca	Descarpack
Modelo	Tripla
Material	Polipropileno
Cor	Branco

Informações sobre o vendedor

Localização

+1000

Ver mais dados deste vendedor

Outras opções de compra

R$ 29,90

Envio para todo o país

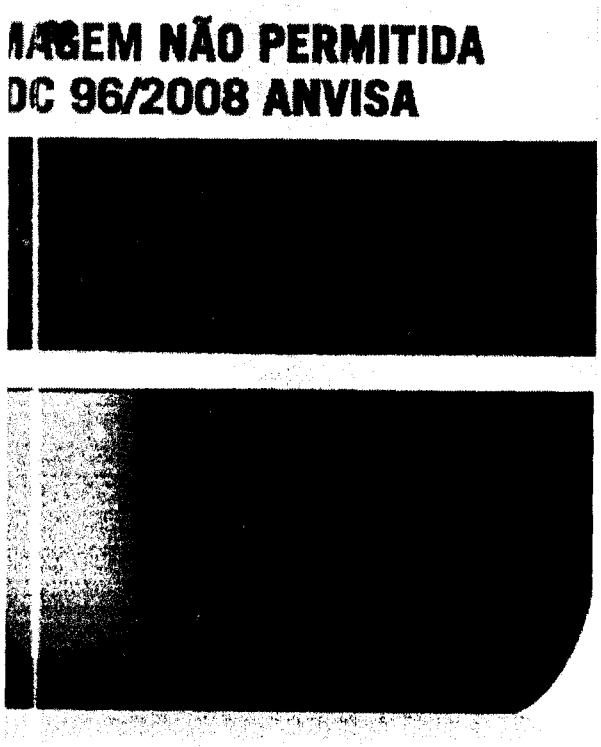
Vendido por

+500 vendas

Meio de pagamento

Até 12x sem cartão de crédito

PREFEITURA M. CANDEIAS - DEPCONV - FOLHA 324



ISOFLURANO SOL. INALAA AO 100ML FRASCO – BIOCHIMICO

R$250,00 Fora de estoque

em até 6x de R$41,67 s/ juros

ou R$237,50 à vista

SKU: 1841

Categoria: MEDICAMENTOS

Descrição

Descrição

A venda desse medicamento é restrita, pois nós somos distribuidores, que ao contrário de farmácias, não fazemos retenção de receitas médicas. A comercialização via CPF é permitida para profissionais que possam responder pelo uso desse medicamento, como Médicos, Médicos Veterinários, Dentistas e Biomédicos com habilitação em estética, tendo a obrigatoriedade de enviar a cópia frente e verso de suas respectivas carteiras profissionais, em um dos nossos canais de atendimento; e-mail: distrimedph@gmail.com , ou WhatsApp (69) 99997-0788. A venda

medicom
medicamentos especiais e oncológicos
farmácia digital
Categorias Digite sua busca aqui 51 3021.3908 0 item(s) R$ 0,00

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3146
DCONV

medicom
medicamentos especiais e oncológicos
farmácia digital



Ampliar imagem



Dimorf Injetável 10mg/mL,(A1) caixa 50 ampolas 1mL solução uso injetável (embalagem hospitalar)

Ref:024817 | Categoria: LABORATORIO CRISTALIA

Avalie este produto

R$ 285,35 ou 3X sem juros de R$ 95,12

Departamento **Saúde**

Produto **Medicamento**

Política de cookies

Utilizamos cookies próprios e de terceiros para melhorar nossos serviços analisando seus hábitos de navegação. Informações em nossa Política de cookies.

ACEITAR

4.3 ★★★★★
Google
Avaliações do Consumidor

Fale conosco, nós estamos online!

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3145
DCONV

Busca no Magalu

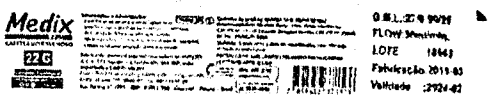
Magalu › Saúde e Cuidados Pessoais › Primeiros Socorros › Luvas Descartáveis › Kit Catheter 22g Medix 100un.

Kit Catheter 22g Medix 100un.

Código kj120efegk | Ver descrição completa | Medix







Avaliar produto

Vendido por **Comercialravenna**
Entregue por Magalu
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 118,00
ou 2x de R$ 59,00 sem juros

Cartão de crédito
sem juros
2xR$ 59,00

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Kit Catheter 22g Medix 100un.
Flow: 36ml/minEstéril - ETOLubrificante: óleo de siliconeAtóxico e apirogênicoDescartável e de uso únicoMaterial: teflon radiopaco REGISTRO ANVISA 80495510052Cód. de Barras: 7898652371509

Kit Catheter 22g Medix 100un. R$ 118,00 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

PREFEITURA M. CUNGONHAS FOLHA 3146 DDONV

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis

americanas empresas
uma americanas inteira para sua empresa



página inicial › saúde e bem estar › primeiros socorros › seringas

favoritar compartilhar

Seringa descartável 03 ml slip com agulha 25 X 7 - descarpack

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Seringa descartável 03 ml slip com agulha 25 X 7 - descarpack Descrição do produto Seringa de Insulina 03 ml, com Agulha 25 x 7 mm descarpack. Características do produto Indicações Insulina substâncias líquidas; Aplicações de m. E. D..

mais informações

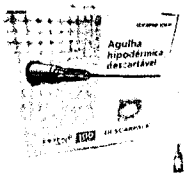
política de troca e devolução

R$ 0,60

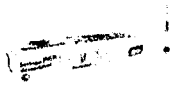




quem viu este produto viu também









agulha 25 x 0,70 mm 22g descartavel esteril...
sem avaliações
R$ 14,90
1x de R$ 14,90 sem juros no cartão de crédito

seringa descartável 03 ml com agulha 20 x 5,5 slip (kit...
sem avaliações
~~R$ 14,03~~
R$ 11,92
1x de R$ 11,92 sem juros no cartão de crédito

kit 100 seringa 3ml luer slip com agulha 25x0,7mm...
sem avaliações
R$ 66,57
3x de R$ 22,19 sem juros no cartão de crédito

kit 10 seringa 3ml com agulha 25x7 bd bico rosca luer lok
sem avaliações
R$ 7,99
1x de R$ 7,99 sem juros no cartão de crédito

almo... caroço
R$ 67,9

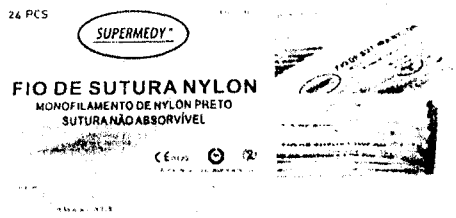
produtos mais vistos na americanas

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 314 - DCONV -

busque aqui seu produto

favoritar compartilhar



Fio de sutura em Nylon 0 com Agulha 40 mm cx c/ 24 un. Supermedy

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

O fio de nylon monofilamento preto para sutura cirurgica Supermrdy já vem conectado a uma agulha, auxiliando os procedimentos cirúrgicos na uinão dos tecidos e penetrando os com mínima resistência.O fio de sutua vem em caixa com 24 ...

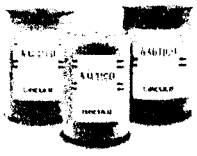
mais informações

política de troca e devolução

R$ 54,02

à vista no cartão de crédito

os mais vendidos da categoria



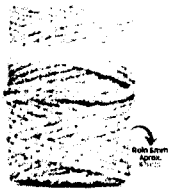
fio náutico 5mm circulo 500g

sem avaliações

R$ 37,43

1x de R$ 37,43 sem juros no cartão de crédito

patrocinado



corda de sisal natural 6mm rolo aprox. 67mts arranhad...

1 avaliação

R$ 25,90

1x de R$ 25,90 sem juros no cartão de crédito



vestido infantil princesa realeza daminha rose festa ...

sem avaliações

R$ 135,00

6x de R$ 22,50 sem juros no cartão de crédito

frete grátis



sutiã adesivo fita levanta peito seios mamas fita boo...

sem avaliações

R$ 18,90

1x de R$ 18,90 sem juros no cartão de crédito



fio o. euroton

R$ 5,23

produtos mais vistos na americanas

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis

página inicial › pet shop › cães › medicamentos e vitaminas › outros medicamentos

favoritar compartilhar



Tanidil Mata Bicheira Bovinos Equinos 200G

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Descrição Tanidil é especialmente indicado para o tratamento e prevenção das miíases (bicheiras) em bovinos equinos suínos e ovinos causadas pelas larvas da mosca Cochliomyia hominivorax. Tanidil protege escoriações feridas de castr...

mais informações

cor: **cinza**

política de troca e devolução

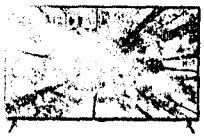
R$ 44,97

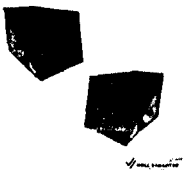
à vista no cartão de credito

quantidade

Este produto é vendido e entregue pela Americanas com frete grátis para compras acima de R$ 50 para todo o Brasil.

quem viu este produto viu também









patrocinado

smart tv 43" lg 4k uhd 43uq7500 wi-fi bluetooth hd...

786 avaliações

R$ 2.299,99

6x de R$ 287,49 sem juros no cartão de crédito

caixa som dutada falante 15 60 litros

sem avaliações

R$ 179,90

3x de R$ 59,96 sem juros no cartão de crédito

frete grátis

alto falante eros 15 e-15 sds 3.3k - 1650 watts rms

sem avaliações

~~R$ 1.167,94~~

R$ 1.051,14

em 1x no cartão de crédito

smart tv 50" 4k led tcl 50p635 va wi-fi - bluetooth hdr goo...

412 avaliações

~~R$ 2.549,00~~

R$ 2.294,10

com pix

produtos mais vistos na americanas

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3149 DCONV

favoritar compartilhar



Doxifin Tabs Ourofino 100mg Blister c/ 14 Comprimidos E Bula

faça a 1ª avaliação (?) faça a 1ª pergunta

Fórmulas: Doxifin Tabs 50 mg Cada comprimido palatável contém: Doxiciclina base..... 50,00 mg Excipiente q. S. P..... 250,00 mg Doxifin Tabs 100 mg Cada comprimido palatável contém: Doxiciclina base..... 100,00 mg...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 38,45

Digite seu CEP

1 unidade

Este produto é vendido e entregue pela Americanas garantido a seus dados no pedido

quem viu este produto viu também



piso de borracha square kids **0,50 x 0,50m 16mm - proteç...**

sem avaliações

R$ 54,21

1x de R$ 54,21 sem juros no cartão de crédito



ração magnus super premium **frango e arroz para cães...**

sem avaliações

R$ 128,77

6x de R$ 21,46 sem juros no cartão de crédito

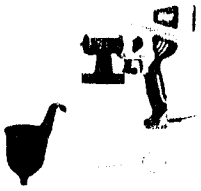


cercadinho 6 grades branco **c/ tela chiqueiro para brinca...**

sem avaliações

R$ 358,90

7x de R$ 51,27 sem juros no cartão de crédito



pistola de pintura elétrica **400w wap epp400 110v/220v**

sem avaliações

Ops! Já vendemos todo o estoque

R$ 89,(

produtos mais vistos na americanas

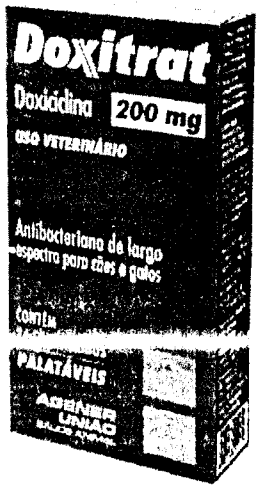
carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

PREFEITURA M. CO... FOLHA 3150 ... DCO...

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis

favoritar compartilhar



Doxitrat Agener União 200mg 24 Comprimidos

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

- Indicado para cães e gatos: - Ideal no tratamento de infecções respiratórias, infecções geniturinárias, gastroenterites infecciosas, piodermites, feridas infectadas; - Também trata otites. Contém comprimidos palatáveis, - A emba...

mais informações

política de troca e devolução

de R$ ...

R$ 92,63

à vista no cartão de crédito

em R$ ... em até ... sem juros

ou ... pontos de ...

calcule o frete

Digite seu CEP

Este produ... ... oferecido por Bud... A Americanas ... Saiba mais

quem viu este produto viu também











piso de borracha square kids 0,50 x 0,50m 16mm - proteç...

sem avaliações

R$ 54,21

1x de R$ 54,21 sem juros no cartão de crédito

cercadinho 6 grades branco c/ tela chiqueiro para brinca...

sem avaliações

R$ 358,90

7x de R$ 51,27 sem juros no cartão de crédito

doxitrat 200mg antibacteriano agener união com 24...

sem avaliações

R$ 109,00

5x de R$ 21,80 sem juros no cartão de crédito

ração magnus super premium frango e arroz para cães...

sem avaliações

R$ 128,77

6x de R$ 21,... sem juros no cartão de crédito

cam...

R$ 89,...

produtos patrocinados









PREFEITURA DE LONGONHAS FOLHA 3151 DCONV

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite ›

busque aqui seu produto

informe seu CEP pra sua empresa baixe o app entrega rápida nossas lojas ame digital marcas próprias lojas oficiais

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis móveis beleza e perfumaria

página inicial › mercado › bomboniere › chocolate › chocolate amargo

favoritar compartilhar



Cateter Periférico Intravenoso Medix 24G C/100 Unidades

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Cateter periférico intravenoso medix 24g c/100 unidades Apresentação Dispositivo estéril, indicado para uso na terapia intravenosa periférica em infusões de média e longa duração. Desenvolvido para infusões de fármacos, soluções e h...

mais informações

cor: **azul escuro**

política de troca e devolução

~~R$ 111,35~~

R$ 100,21

à vista no cartão de crédito

R$ 111,35 em até 5x de R$ 22,27

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP

OK

Este produto é vendido e entregue por Olist Store. A **Americanas** garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

os mais vendidos da categoria



chocolate bis xtra black 45g

5972 avaliações

R$ 3,99

1x de R$ 3,99 sem juros no cartão de crédito



chocolate meio amargo hersheys 92g

1951 avaliações

R$ 5,99

1x de R$ 5,99 sem juros no cartão de crédito



barra de chocolate negresco branco garoto 80g

882 avaliações

R$ 5,99

1x de R$ 5,99 sem juros no cartão de crédito



chocolate kitkat 4 fingers cappuccino - 41,5g

2418 avaliações

R$ 3,99

1x de R$ 3,99 sem juros no cartão de crédito

table garoto

R$ 5,9

produtos mais vistos na americanas

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
352
- DCONV -

MAGAZINE MÉDICA.COM

(/)

Entre (/accounts/registro/login/)
ou
cadastre-se (/accounts/registro/login/)
(/accounts/registro/login/)

Meus pedidos (/historico/)

Fale conosco (/ajuda/)

0

O que você procura?

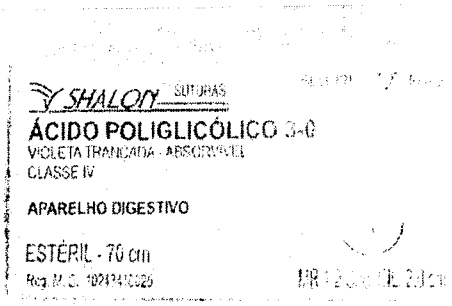
INICIAL (/) / DESCARTÁVEIS (/CATEGORIAS/DESCARTAVEIS/) / FIOS DE SUTURA (/CATEGORIAS/DESCARTAVEIS/FIOS-DE-SUTURA/) / APARELHO DIGESTIVO (/CATEGORIAS/DESCARTAVEIS/FIOS-DE-SUTURA/APARELHO-DIGESTIVO/) / FIO SUTURA ÁCIDO POLICLICOLIC A UNIDADE SHALON

Fio Sutura ÁCido Policlicolic a Unidade SHALON (3-0-AG-2,0cm)

Cód.: 1391

FIO SUTURA ÁCIDO POLICLICOLIC A UNIDADE SHALON (3-0-AG-2,0CM) ×

1 / 2

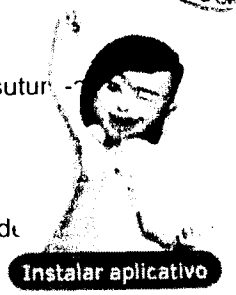


PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3253
DCOM

Compartilhe no Facebook
(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/fio-sutura-acido-policlicolic-a-unidade-shalon_3-0-ag-2-0cm)

Compartilhe no LinkedIn
(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/fio-sutur policlicolic-a-unidade-shalon_3-0-ag-2-0cm)

Compartilhe no WhatsApp
(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/fio-sutura-acido-policlicolic-a-unidad 2-0cm)



SHALON (/marcas/shalon/)

É revenda e tem inscrição estadual?

De ~~R$ 9,66~~

Por **R$ 8,26** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 8,35** sem juros (4% de desc. já calculado)

FORMAS DE PAGAMENTO ()



Escolha dentre as opções

TAM

3-0-AG-2,0CM

Restam apenas **168 UNIDADES** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

1

Comprar

PREFEITURA DE SÃO JOÃO DAS MISSÕES
FOLHA
3154
DCONV

MAGAZINE MÉDICA.COM

Anestésico Injetável Veterinário Lidocaína 2% 50ml BRAVET

Cód.: 14281



PREF. MUN. CONGONHAS
FOLHA
3255
DCONV

Compartilhe no Facebook

(https://facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://magazinemedica.com.br/produtos/anestesico-injetavel-veterinario-lidocaina-2-50ml-bravet/)

Compartilhe no LinkedIn

(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https://magazinemedica.com.br/produtos/anes veterinario-lidocaina-2-50ml-bravet/)

Compartilhe no WhatsApp

(https://wa.me/?text=https://magazinemedica.com.br/produtos/anestesico-injetavel-veterinario-lidocaina-2-50ml-bravet/)



BRAVET (/marcas/bravet/)

Clique aqui e pague preço de atacado.

De ~~R$ 22,02~~

Por **R$ 18,83** à vista

no pix (5% desc. já calculado)

No cartão em **1x de R$ 19,03** sem juros (4% de desc. já calculado)

FORMAS DE PAGAMENTO ()



Restam apenas **1 UNIDADE** em estoque!
(Precisa de uma quantidade maior? Clique aqui!) ()

1

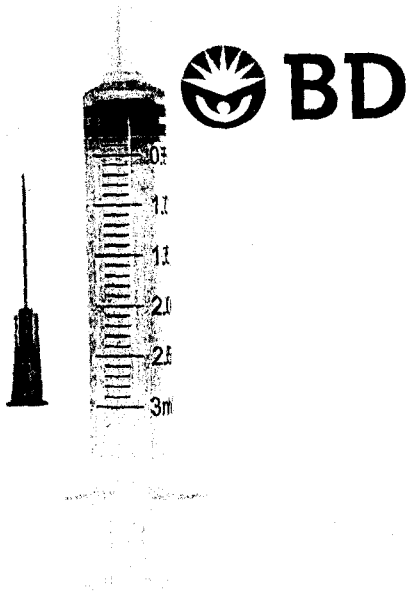
Comprar

Comprar pack com 24 un

Baixar App

Frete e Prazo

PREFEITURA DE LONDRINA
FOLHA
3256
DCONV



Seringa 03 ml Luer Slip com Agulha 25x7 BD

7891463003607,00 BD

Ver descrição completa

Este produto possui 1 variação(ões) escolha abaixo.

1 Unidade

R$ 0,70

Quantidade: - 1 +

Entrega expressa
Você pode retirar mais rápido nas seguintes lojas

Calcule seu frete: CALCULAR

- **Compra 100% segura** - PCI Certified Vtex
- **Loja Confiável** nota dos clientes 4,5/5
- **Devolução gratuita** sem complicações em até 7 dias após o recebimento

Desenvolvida para aplicação de medicamentos de formas intravenosa e intramuscular. A seringa sem agulha é apresentada em hospitais, clínicas, laboratórios e farmácias. Dispostas em vários tamanhos, essas seringas são equipadas com a tecnologia de retenção Luer Slip ou Luer-Lok para melhor atender as

VER MAIS

Especificações

Tamanho	3 ml

Avaliações

Ainda não foram feitas avaliações para este produto, o que acha de deixar uma?

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3153 - DCONV -

HOSPITALAR Distribuidora

Digite Aqui



Fio de Sutura Vicryl 3-0 (Ácido Poliglicólico) - Shalon

Por: **R$ 11,73**

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3157
- DCONV -

Parcele em até 3x sem juros | 3% de desconto no boleto

HOSPITALAR Distribuidora

Digite Aqui

Hospitalar Distribuidora / Fios Cirúrgicos / ÁCIDO POLIGLICÓLICO



Fio de Sutura Vicryl 2-0 (Ácido Poliglicólico) - Shalon

Por: R$ 11,73

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 315 - DCC -

Buscofin Composto Injetável - 50 ml - Agener União

Código dc6j76h8b1 | Ver descrição completa | Agener



Avaliar produto

Vendido por **Agrobufalo**
Entregue por Magalu
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 56,00

Cartão de crédito
sem juros
R$ 56,00
1xR$ 56,00

Calcular frete e prazo

Informações do Produto

Buscofin Composto Injetável - 50 ml - Agener União

Buscofin Composto Injetável é indicado como antiespasmódico, analgésico e antipirético de uso geral. Dosagem: Equinos adultos: 20 a 30 mL, IV/Potros: 5 a 10 mL, IV. Bovinos adultos: 20 a 25 mL, IM ou IV/Bezerros: 5 a 10 mL, IM ou IV. Suínos: 5 a 10 mL, IM ou IV. Cães: 1 a 2,5 mL, IM ou IV. Administração: Bovinos, Equinos, Ovinos, Suínos e Cães. Precauções: Siga todas as boas práticas de administração de produtos injetáveis. Não aplicar em equinos nos 5 dias que antecedem à competição

Cookies: a gente guarda estatísticas de visitas para melhorar sua experiência de navegação, saiba mais em nossa política de privacidade

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3260 DOCUMENTO

Estante 6 Prateleiras Aço Livros Quarto Cozinha EAF013

ESTANTE DE AÇO MULTIUSO 2 METROS 6 PRATELEIRAS (2000 X 700 X 285)A Estante de Aço Multiuso 06 prateleiras EAF013 foi desenvolvida em aço de alta qualidade, garantindo robustez e o máximo de resistência à estrutura da peça, tornando seu tempo de vida útil mais elevado. Sua pintura, em tinta epóxi, proporciona ainda mais proteção a ela. Perfeita para a organização do seu ambiente.

Ela é composta por 06 prateleiras reforçadas reguláveis. Super resistente, suporta até 30Kg bem distribuídos por prateleira. Possui sapatas de plásticos para um perfeito acabamento e evitando assim riscos no piso.Características do Produto

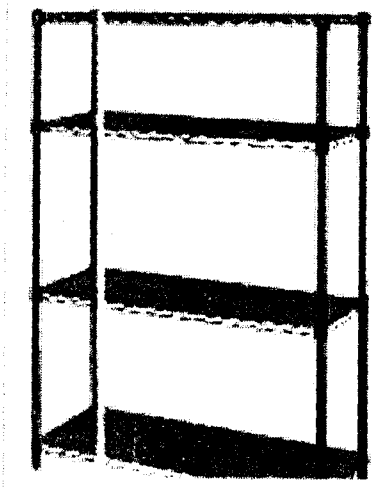
- Quantidade de prateleiras: 06
- Chapa das prateleiras: 26 (0,45mm)
- Chapa das colunas: 20 (0,90mm)
- Dimensões (ALP/cm): 200 x 70 x 28,5
- Pintura: Epóxi Eletrostática
- Peso suportado: 30Kg por prateleiraConteúdo da Embalagem
- 12 Colunas
- 06 Bandejas
- 04 Sapatas L
- 01 Kit de montagem completoGARANTIAS:
- Garantia de 03 meses de fábrica contra defeitos de fabricação
- Garantia extra de +03 meses da loja contra eventuais defeitos de fabricaçãoImportante: Este produto é entregue desmontado, junto ao manual de instruções e todos os acessórios necessários para seu perfeito encaixe e uso. Indicamos que você contrate um profissional especializado para sua montagem; Certifique-se de que todas as características do produto atendem sua necessidade antes de efetuar a compra, desta forma garantimos que você irá adquirir um excelente artigo que possa usufruir; Lembre-se de que as imagens do anúncio são ilustrativas, podendo suas cores ter variações em razão do monitor ou da luz.A Estante de Aço Multiuso EAF013 é fabricada pela Elite Aço, indústria de móveis de aço e tubular presente no mercado há mais de duas décadas, oferecendo produtos inovadores de alta qualidade e estilo para atender as necessidades de seus clientes.

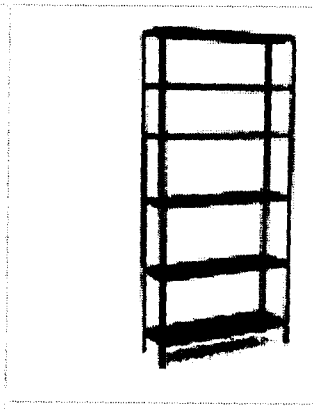
Cor	Preto	
Material	Aço	
Tamanho	200 X 70 X 28,5 (ALP/cm)	
Informações complementares	Cor	Preto
	Marca	Elite Aço

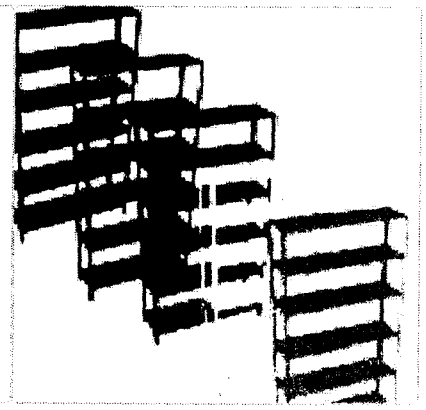
Denunciar Anúncio



Estante de Aço







Estante de aço: como limpar?

Veja dicas pra deixar esse móvel bem limpinho

Estante de aço: escolha a sua

Esse móvel é útil tanto pro comércio como pra sua casa!

Estante 6 Prateleiras Aço Livros Qu... R$ 199,90 à vista

Voltar ao topo Descrição Completa Avaliação dos Clientes Formas de Pagamento

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 316 - DCOM -

Buscar na Shopee

MATA BICHEIRA PÓ LARVIDIL 200G LAIPPE[micro]

Frete Grátis

Detalhes do produto >

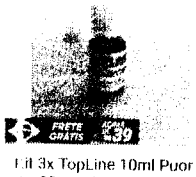
R$24,90

Adicionar Ao Carrinho

Comprar Agora

PRODUTOS DO MESMO VENDEDOR

Ver Tudo >



Lil 3x TopLine 10ml Puor On Cães e Gatos Mata...

R$25,00 [illegible] vendidos



Mata Mosca Kaocid 25g Laippe

R$7,99 [illegible] vendidos



Vitamina A Monovin A 20ml Original

R$44,99 [illegible] vendidos



Cola Mosca Fita Armadilha Insetos...

R$7,99 96 vendidos



Pulfo 100g Mata Pulga Carrapatos Piolhos Laippe

R$4,99 [illegible] vendidos



Corda De Sisal Natural 6mm, Venda Por Metro...

R$1,49 [illegible] vendidos

PRODUTOS POPULARES NA SHOPEE

Ver Tudo >



Pacote 50 Unidades Forma Air Fryer...

R$10,00 [illegible] vendid...



Máquina De Cortar Cabelo Para Barba Masculina...

R$39,00 [illegible] vendi...



Cortador USB T9 Aparador De Cabelo...

R$25,99 [illegible] vendid...



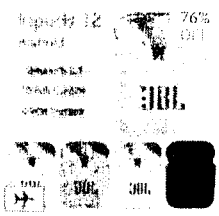
NJBG A6S TWS Fone De Ouvido Sem Fio Bluetoot...

R$19,45 [illegible] vendid...



Leggings Femininas Yoga Sports Shorts Fitness...

R$17,36 [illegible] vendid...



Fone Ouvido Sem Fio Tws I12 Inpodtouch Bluetoot...

R$16,90 [illegible] vendid

61% OFF | 80% OFF | 54% OFF | 36% OFF | 40% OFF | 67% OFF



Cesto de Roupa Grande 40x70/30x50CM Caixa...

R$7,88 [illegible] vendidos



Touca de Cetim Antifrizz Banho Cores Sortida

R$1,98 [illegible] vendidos



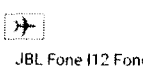
Garrafa Grande 2 Litros / 1.3 Litros / 900 ML Com...

R$27,99 [illegible] vendidos



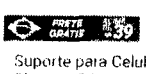
Shorts De Cintura Alta Esportivo Europeu...

R$12,89 [illegible] vendid...



JBL Fone I12 Fone De Ouvido Sem Fio Bluetooth

R$17,99 [illegible] vendid...



Suporte para Celular de Plastico COM ADESIVO

R$3,95 [illegible] vendidos

99% OFF | 44% OFF | 5% OFF | 25% OFF | 70% OFF | 70% OFF





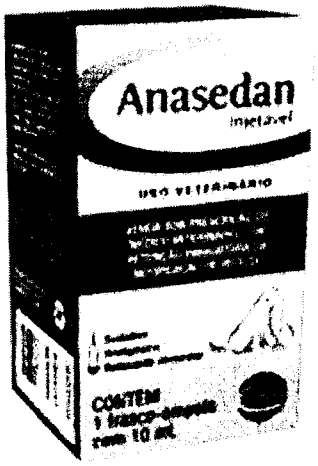








PREFEITURA M. CAMPOMAIOR - DCONV - FOLHA 36





Saúde Animal

XILAZINA

ANASEDAN DP 10 ML - CEVA

Pontuação Máxima: 5 estrelas
R$ 21,81 / uni
Origem: São Paulo
Estoque: Disponível
Lote: 24 uni
Venda Destinada: Consumidor
Consultar frete e prazo de entrega
Digite o CEP

PREFEITURA M. CONCONHAS
FOLHA
363
DCONV

Antifúngico ITL Itraconazol 100mg Cepav 10 Cápsulas

(cód. magazineluiza.com akfch3620c)

Vendido por Racoes E Pesca Freitas

Entregue por

R$ 127,90

ou em 2x de R$ 63,95 sem juros

Calcule o prazo e valor do frete deste produto: Digite seu CEP Calcular não sei o CEP

(http://www.buscacep.correios.com.br/sistemas/buscacep/)

Compartilhe este produto:

(https://www.parceiromagalu.com.br/magazinesemlimitevendas/antifungico-itl-itraconazol-100mg-cepav-10-capsulas/)

Fale com o Divulgador

Descrição **Ficha Técnica**

Indicado para o tratamento de micoses causadas por fungos e leveduras tais como: Microsporum spp., Trichophyton spp., Malassezia pachydermatis, Candida spp., Aspergilus spp., Cryptococcus spp., Blastomyces spp. Histoplasma spp., Coccidioides inmitis, Acremonium spp.

Compre junto

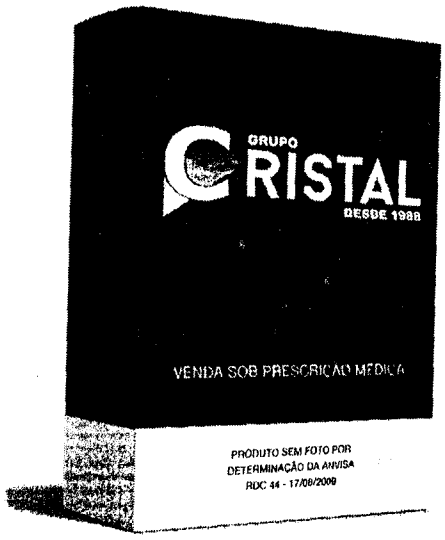
R$ 127,90
2x de R$ 63,95
sem juros

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 316 DCONV

Categoria: MEDICAMENTOS DEMAIS MEDICAMENTOS

XYLESTESIN (LIDOCAINA) 2%, C/VASO, 10 ETJ, 20ML, CRISTALIA

SKU 001122





R$ 170,96

2X sem juros de R$ 85,48

Para pagamentos à vista ganhe 2% de desconto.

Valor com desconto R$ 167,54

Adicionar ao carrinho

Comprar

Veja o valor do frete:

CEP

Compartilhe este produto

Categoria: Anestésicos
Marca: Cristalia
Princípio Ativo: Cloridrato De Lidocaína,Epinefrina
Especialidades: Anestesiologia
Conservação: de 15 a 30 graus
Pode comprar: CNPJs autorizados,Profissionais saúde

Descrição Avaliações (0)

Uso parenteral. Anestesia locorregional. Não está indicada para raquianestesia. Uso adulto e pediátrico. Reg MS 10298000720346

É indicado para produção de anestesia local ou regional por técnicas de bloqueio de nervo periférico como o plexo braquial e intercostal; e por técnicas neurais centrais, como os bloqueios epidural lombar e caudal.

A lidocaína é contraindicada em pacientes com conhecida hipersensibilidade a anestésicos locais do tipo amida ou a qualquer um dos componentes da formula.

A epinefrina é contraindicada em pacientes com hipertiroidismo ou doença cardíaca grave, particularmente quando a taquicardia está presente. Deve-se evitar o uso de epinefrina em anestesia nas áreas do corpo supridas por artérias finais ou com comprometimento do suprimento sanguíneo, como dedos, nariz, ouvido externo, pênis, etc.

As soluções contendo epinefrina ou outros vasoconstritores não devem ser usadas para a anestesia regional intravenosa.

PREFEITURA M. CORONEL XAVIER CHAVES - DCONV - FOLHA 3165

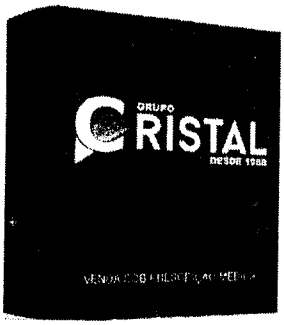
Digite sua busca aqui

Minha Conta

Categoria: MEDICAMENTOS DEMAIS MEDICAMENTOS

XYLESTESIN (LIDOCAINA) 1%, C/VASO, ETJ, 10X20ML, CRISTALIA

SKU: 001763



Clique para ampliar imagem



R$ 114,19

2X sem juros de R$ 57,10

Para pagamentos à vista ganhe 2% de desconto.

Valor com desconto R$ 111,91

Adicionar ao carrinho

Comprar

Veja o valor do frete:

CEP

Compartilhe este produto

Categoria: Anestésicos
Marca: Cristália
Princípio Ativo: Cloridrato De Lidocaína,Epinefrina
Especialidades: Anestesiologia
Conservação: de 15 a 30 graus
Pode comprar: CNPJs autorizados,Profissionais saúde

Fale conosco, nós estamos online!

até 30% de desconto | 10% de desconto com cupom OBA10

busque aqui seu produto

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportateis moveis beleza e perfumaria

página inicial > pet shop > cães > medicamentos e vitaminas > outros medicamentos

favoritar compartilhar



Itraconazol 100mg: 90 Cápsulas - Uso Veterinário

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

"PRODUZIDO com ativos autênticos laudados - resultado superior - uso VETERINÁRIO" Itraconazol 100mg Uso Veterinário. Forma de Uso: O uso e a dose recomendada é de responsabilidade do Profissional Veterinário.. Precauções: é contrain...

mais informações

política de troca e devolução

R$ 108,80

até 5x de R$ 21,76

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP

OK

Este produto é vendido por Beleza Saude e entregue por Americanas, que garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

quem viu este produto viu também

itraconazol 100mg: 30 cápsulas - uso veterinário

sem avaliações

R$ 39,80

2x de R$ 19,90 sem juros no cartão de crédito

Itraconazol 100mg: 60 cápsulas - uso veterinário

sem avaliações

R$ 78,80

3x de R$ 26,26 sem juros no cartão de crédito

panela antiaderente 24' c/ tampa de vidro

sem avaliações

R$ 44,90

2x de R$ 22,45 sem juros no cartão de crédito

oleo essencial de lavanda puro 10ml via aroma

2 avaliações

R$ 28,90

3x de R$ 28,90 sem juros no cartão de crédito

lavad... black 1...

R$ 633

6x de R$ ... de crédito

frete grátis

produtos patrocinados









PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3617
CONF.

Piovetss
ORÇAMENTO

CNPJ: 04.487.083/0001-46
R. José Simplício Moreira, 791
Bairro: Braúnas, Belo Horizonte - MG
Cep: 31370-505

GERAR ORÇAMENTO LIMPAR

CÓD	PRODUTO	LABORATÓRIO	VALOR	QUANTIDADE	VALOR TOTAL	CAMPANHA	VALOR TOTAL COM DESCONTO
2154	QUETAMINA INJ 10ML (VETNIL) *	VETNIL	R$ 37,74	1	R$ 37,74		R$ 37,74
23002	ANESTESICO LIDOVET INJ 50ML (LIDOCAINA)	BRAVET	R$ 17,59	1	R$ 17,59		R$ 17,59
29003	CETAMIN 10% 50ML *	FORTVALE	R$ 199,99	1	R$ 199,99		R$ 199,99
29004	XILAZIN 2% INJ 10ML *	SYNTEC	R$ 22,99	1	R$ 22,99		R$ 22,99
64004	BUSCOFIN INJ. 50ML	AGENER	R$ 62,08	1	R$ 62,08		R$ 62,08
64009	IZOOT B12 INJ. 15ML	AGENER	R$ 41,46	1	R$ 41,46		R$ 41,46
76001	CINOMOSE AG TEST KIT C/10	ALERE	R$ 367,91	1	R$ 367,91		R$ 367,91
76003	CINOMOSE AC TEST KIT-C/10	ALERE	R$ 367,71	1	R$ 367,71		R$ 367,71
76006	PARVOVIROSE AG TEST KIT -C/10	ALERE	R$ 308,78	1	R$ 308,78		R$ 308,78
76007	PARVOVIROSE AG TEST KIT-C/5	ALERE	R$ 170,57	1	R$ 170,57		R$ 170,57
76013	ERLIQUIOSE AC TEST KIT-C/10	ALERE	R$ 468,24	1	R$ 468,24		R$ 468,24
76014	ERLIQUIOSE AC TEST KIT - C/5	ALERE	R$ 250,86	1	R$ 250,86		R$ 250,86
82010	FIO VICRYL POLIGLICOLICO Nº 3-0 AG3,5MR	SHALON	R$ 10,65	1	R$ 10,65		R$ 10,65
137009	XILAZIN 2% INJ 50ML *	SYNTEC	R$ 90,99	1	R$ 90,99		R$ 90,99

ORÇAMENTO DO PEDIDO	
VALOR DO PEDIDO SEM DESCONTO	R$ 2.417,56
VALOR DO PEDIDO COM DESCONTO	R$

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 32

Nome: REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ: 05.561.973/0001-13 I.E.: 1832375460068
Endereço: R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800 - SANTA MATILDE
Cidade: CONS. LAFAIETE - MG
Telefone: (31) 3762-0774 (31) 3762-0444
E-mail: realpharma@gmail.com

Realpharma DISTRIBUIDORA

Número: 049405
S/Número
Data: 13/02/2023
Página: 001

Cliente: ASSOCIACAO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
CNPJ: 07.766.906/0001-60 **Inscrição Estadual:**
Endereço: R DELFINA SANTOS CORREA, 173 - CRISTO REI - CONGONHAS/MG CEP 36414-438
Telefone : (31) 94426931 **Celular:** ()
Contato: **E-mail:**
Referência: **End. Entrega:**

Item	Código	Descrição dos Produtos	Marca/Fabricante	NCM	Modelo	Und.	Quant.	Vr. Unitário	Vr. Total	% IPI Entrega
0001	004533	ALCOOL 70% SOLUÇAO - FR 1 LITRO - CX C/12	ITAJÁ	38089429		FR	1,00	8,17	8,17	
0002	009388	$RIFAMICINA SPRAY 10MG/ML - FR 20ML - RIFOTRAT	NATULAB	30042031		FR	1,00	5,02	5,02	
0003	014103	*FENTANILA 0,05MG/ML - CX C/50 AMP 2ML - UNIFENTAL Cod Fabricante: 7727	UNIÃO QUÍMICA	30049069		CX	1,00	127,14	127,14	
0004	011159	+POLIPROPILENO 2-0 75CM C/AGULHA 3/8 30MM CX C/24 Cod Fabricante: PP27CR30	TECHNOFIO	30061090		CX	1,00	56,24	56,24	
0005	004923	LIDOCAINA 2% C/VASO - CX C/10AMP 20ML - XYLESTESIN	CRISTÁLIA	30049043		AMP	1,00	16,06	16,06	
0006	006449	*ISOFLURANO 1ML/ML - FR 100ML - ISOFORINE	CRISTÁLIA	30049099		VD	1,00	297,21	297,21	
0007	010470	DOPAMINA 5MG/ML - CX C/10 AMP 10ML - DOPACRIS	CRISTÁLIA	30049039		CX	1,00	102,15	102,15	
0008	013706	FUROSEMIDA 10MG/ML - CX C/100 AMP 2ML - GENERICO Cod Fabricante: 12920	SANTISA	30039099		CX	1,00	230,15	230,15	
0009	011306	*METADONA 10MG/ML - CX C/25 AMP 1ML - MYTEDOM	CRISTÁLIA	30049039		CX	1,00	223,80	223,80	
0010	006689	BUTILESCOPOLAMINA+DIPIRONA CX C/100 AMP 5 ML Cod Fabricante: 07040016	FARMACE	30039099		AMP	1,00	8,76	8,76	
0011	004816	+CATETER INTRAVENOSO 24G - CX C/100 UND Cod Fabricante: 0360601	DESCARPACK	90183929		UND	100,00	1,28	128,00	

PREFEITURA M. CUNGONHA
FOLHA
DOC.
Nº 316

Nome: REALPHARMA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

CNPJ: 05.561.973/0001-13 I.E.: 1832375460068

Endereço: R ARISTIDES FRANCISCO PINTO, 800 - SANTA MATILDE

Cidade: CONS. LAFAIETE - MG

Telefone: (31) 3762-0774 (31) 3762-0444

E-mail: realpharma@gmail.com

Número: 049405

S/Número

Data: 13/02/2023

Página: 002

0012	013419	+CATETER INTRAVENOSO 22G - CX C/100 UND	DESCARPACK	90183929	UND	100,00	1,12	112,00

Total Produtos: **1.314,70**

Frete(FOB): **0,00**

FCP ST: **0,00**

Outras Desp: **0,00**

Total Geral: **1.314,70**

Condição de Pagamento: A VISTA

ANIELLE BRANDÃO

31 3762-0444

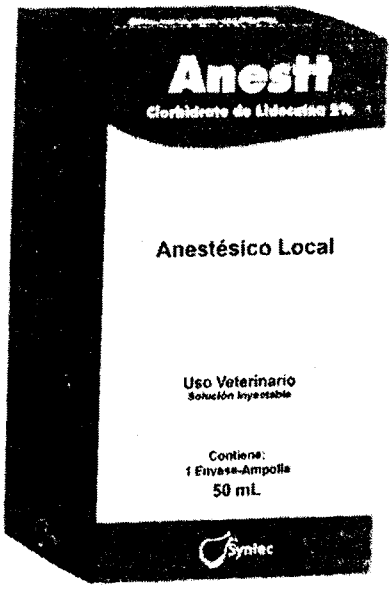
vendas1realpharma@gmail.com

PREFEITURA M. CUNGO FOLHA 327 DCONV

anestesico local 50ml anestt cloridrato de lidocaina 2%

Código: fkbg9j96f6 | Ver descrição completa | anestt





Avaliar produto

Vendido por **Agrocarreiro Arapoanga**
Entregue por **magalu**
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 29,99

Cartão de crédito
sem juros
R$ 29,99
1xR$ 29,99

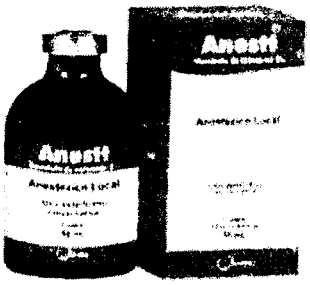
Calcular frete e prazo

Quem viu este produto, viu estes também



Calmine: diclo aerossol 85ml

R$ 33,00

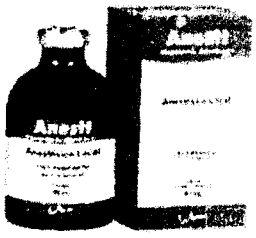


anestesico local anestt cloridrato de lidocaina 2% 50ml

R$ 29,99







anestesico local 50ml anestt clorid... R$ 29,99 à vista

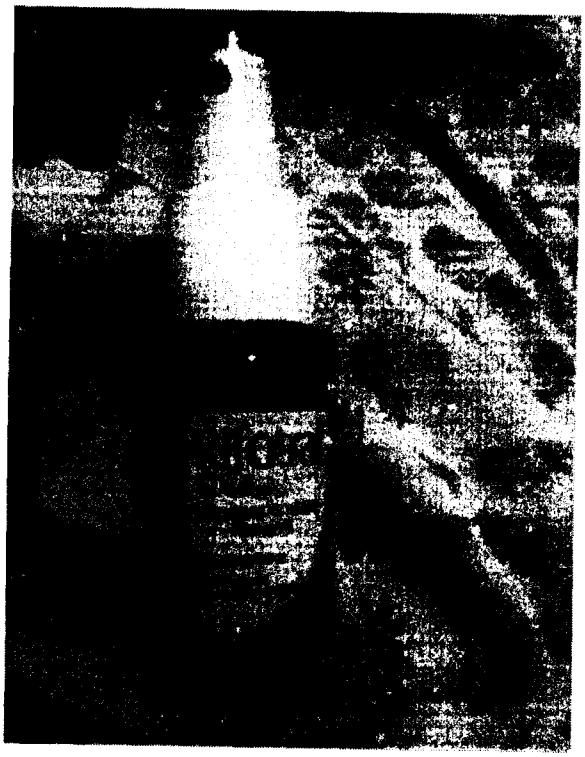
Voltar ao topo | Descrição Completa | Avaliação dos Clientes | Formas de Pagamento

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3171 - DCONV -

Refocina - Refor

Código ja5885dec0 | Ver descrição completa | Refor





Avaliar produto

Vendido por **Valparaisofarmacia**
Entregue por Magalu
O Magalu garante a sua compra, do pedido à entrega. Saiba mais

R$ 63,80

Cartão de crédito
sem juros
R$ 63,80
1xR$ 63,80

Calcular frete e prazo

Quem viu este produto, viu estes também



Hepamed Solução Oral 48 Flaconetes 10mL Abacax

~~R$ 26,13~~
R$ 23,52
no PIX



Riodeine Dermo Suave Antisséptico Tópico Spray 100mL

~~R$ 14,98~~
R$ 13,61

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3112
DCONV

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA



Anestésico Xylestesin 2% com Vaso Constritor - CRISTÁLIA

☆☆☆☆☆ avalie agora!

Sku: CRX5612B

- [illegible]
- [illegible]

[illegible]

$262,88

[illegible]

Quantidade

Comprar

Calcular frete e prazo

[illegible]

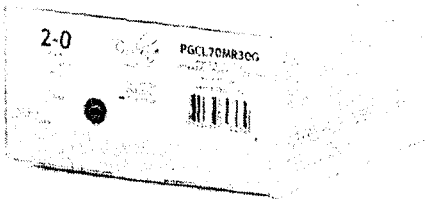
Calcular Frete

Detalhes

Detalhes da Lidocaína Xylestesin 2% Injetável CRISTÁLIA

[illegible]

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3973
DCOM



Fio Cirúrgico Poliglacaprone 25 Violeta 2-0 AG 1/2 CIL 3,0cm - BIOLINE FIOS

avalie agora!

R$ 348,93 - SEM ESTOQUE

Calcular frete e prazo

Detalhes

- Fios cirúrgicos absorvíveis sintéticos, fabricados com [illegible] de alta qualidade. Apresentam [illegible] e alta resistência à tração inicial.
- Sofrem [illegible] em processamento celular por [illegible] de reações enzimáticas inespecíficas [illegible] macrófagos e células gigantes [illegible]

Aplicação

Acesse [illegible]

Tem dúvidas? Fale conosco pelo chat!

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3174
DCONV

HOSPITALAR Distribuidora
DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MÉDICOS HOSPITALARES EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS
Pabx: (18) 3221-2232
Rua Adilio Artoni, 46 - Jd. Petrópolis - Pres. Prudente - SP
CNPJ: 03.375.328/0001-80 I.E: 562.172.900.119
Site: www.hospitalardistribuidora.com.br

Isoflurano 100ml - Cristália (Controlado)
Por R$ 298,10

Adrenalina 1mg Injetável C/100 Ampolas de 1ml - Hypofarma
Por R$ 207,00

Dopamina 50mg Injetável 10 ML (Genérico Revivan) - Cristalia
Por: R$ 169,00 com 10 unidades

Sulfato de Efedrina 50 mg/ml 1 ML - Cristalia
Por: R$ 1.849,00 caixa com 100

Metadona 10 mg C/25 Ampolas 1ml (Metadon) (Controlado) (A1) - Cristália
De R$ 310,00 Por R$ 285,45

Cateter Intravenoso (Jelco)
Por R$ 1,40

Ketamin NP 50mg/mL 25 ampolas 2mL- Cristália (Controlado)

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3175
- DCC/NV -

HOSPITALAR *Distribuidora*
DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MÉDICOS HOSPITALARES EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS
Pabx: (18) 3221-2232
Rua Adilio Artoni, 46 - Jd. Petrópolis - Pres. Prudente - SP
CNPJ: 03.375.328/0001-80 I.E: 562.172.900.119
Site: www.hospitalardistribuidora.com.br

Por: R$ 800,05

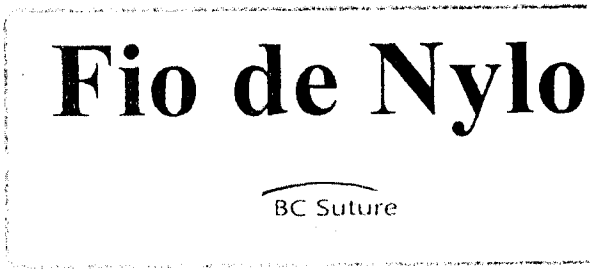
+ frete

O prazo de envio conta a partir da confirmação do pagamento.

PREÇOS UNITÁRIOS E LÍQUIDOS
EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES
VALIDADE DA PROPOSTA: 5 DIAS
PRAZO DE ENTREGA: 10 à 15 DIAS UTEIS APÓS CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO
FRETE : A PAGAR / INCLUSO NA NOTA
IMPOSTOS: INCLUSOS
PAGAMENTO: PRIMEIRA COMPRA À VISTA ANTECIPADO

OBRIGADA
LUANA CARDOSO
(18) 99657-2232
15/02/2023

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 39 DCOM



Fio de Nylon BC Suture Bioline

Este produto possui 19 variações(ões). Escolha abaixo

NYLON BC SUTURE 0 AG 3/8 CORT 2,0 BIOLINE Bioline Fios

Fio de Nylon Cirúrgico para sutura. Alta resistência. Qualidade Bioline

Ver descrição completa

Nylon 0 45cm AG 3/8 TRI 2,0cm BC0CT20 BC Suture

Quantidade: - 1 +

R$ 2,80

Nylon 0 45cm AG 3/8 TRI 4,0cm BC0CT40 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 0 45cm AG 3/8 TRI 2,5cm BC0CT25 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 0 45cm AG 3/8 TRI 3,0cm BC0CT30 BC Suture

Quantidade: - 1 +

R$ 3,00

Nylon 1 45cm AG 3/8 TRI 3,0cm BC1CT30 BC Suture

Quantidade: - 1 +

R$ 2,80

Nylon 2-0 45cm AG 3/8 TRI 2,0cm BC20CT20 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 2-0 45cm AG 3/8 TRI 2,5cm BC20CT25 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 2-0 45cm AG 3/8 TRI 3,0cm BC20CT30 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 2-0 45cm AG 3/8 TRI 3,5cm BC20CT35 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 2-0 45cm AG 3/8 TRI 4,0cm BC20CT40 BC Suture

Quantidade: - 1 +

R$ 2,80

Nylon 3-0 45cm AG 3/8 TRI 2,0cm BC30CT20 BC Suture

R$ 2,80

Nylon 3-0 45cm AG 3/8 TRI 2,5cm BC30CT25 BC Suture

R$ 2,80

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3177
DCONV



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3175
DCONV

HOSPITALAR Distribuidora
DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS MÉDICOS HOSPITALARES EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS
Pabx: (18) 3221-2232
Rua Adilio Artoni, 46 - Jd. Petrópolis - Pres. Prudente - SP
CNPJ: 03.375.328/0001-80 I.E: 562.172.900.119
Site: www.hospitalardistribuidora.com.br

Bom dia, segue solicitação de cotação,

ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS
CNPJ 07.766.906/0001-60

Rifamicina Spray 20 ML (Rifocina) - Naturab
De: R$ 16,90
Por: R$ 10,20

Fentanila 0,05mg C/50 Ampolas 2ml (Fentanil) - cristalia (Controlado)
Por R$ 590,00

Fentanila 0,05mg C/10 Ampolas 5ml (Fentanil) - Cristália (Controlado)
Por R$ 82,63

Fentanila 0,05mg C/25 Ampolas 10ml (Fentanest) - Cristalia (Controlado)
Por R$ 224,84

Xylestesin 2% Com Vasoconstritor Com 10 Frascos (Estéril) 20ML (Lidocaína/Xilocaina) - Cristália
Por R$ 247,90

carnaval americanas · até 30% de desconto · aproveite >

busque aqui seu produto

ola, faça seu login ou cadastre-se

infor ne seu CEP pra sua empresa baixe o app entrega rápida nossas lojas ame digital marcas proprias lojas ofertas

todos os departamentos mercado celulares eletrodomésticos informática tv e home theater eletroportáteis móveis beleza e perfumaria

página inicial > papelaria > material escolar > corte cola e corretivo > cola

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3179 -DCONV-

favoritar compartilhar









+1

Cateter iv 14G 16G 18G 20G 22G Descarpack 100un

faça a 1ª avaliação faça a 1ª pergunta

Desenvolvido para a Terapia Intravenosa Periférica, para infusões de fármacos, hemoderivados e nutrição parenteral. - Estéril; - Atóxico; - Radioiaci; - Apirogênico; - Esterilizado a óxido de etileno; - Produto descartável de uso ún...

mais informações

tipos: **16g**

14G | 16G | 18G | 20G | 22G

política de troca e devolução

R$ 99,90

até 5x de R$ 19,98

mais formas de pagamento

calcular frete e prazo

Digite seu CEP ok

quantidade: – 1 unidade

Este produto é vendido por Braleo produtos para saúde entregue por **Americanas**. garante a sua compra, do pedido à entrega. saiba mais

os mais vendidos da categoria







cola branca 90g vmp

5 avaliações

R$ 6,99

1x de R$ 6,99 sem juros no cartão de crédito

cola branca 40g vmp

5 avaliações

R$ 3,99

1x de R$ 3,99 sem juros no cartão de crédito

mumu kids sortido 30x187,20g

42 avaliações

R$ 10,99

1x de R$ 10,99 sem juros no cartão de crédito

cola com glitter c/ 6 un school basics

1 avaliação

R$ 9,99

1x de R$ 9,99 sem juros no cartão de crédito

cola

R$ 4,9

1x de R$ de crédito

produtos mais vistos na americanas

Liberação de parcela - PARC

Otavio Augusto Miranda Oliveira

Sex, 21/07/2023 14:58

Para:Carla Cristina Vartuli Cavanellas <carla.cavanellas@congonhas.mg.gov.br>;Edilene Maria Marcossi <edilene@congonhas.mg.gov.br>

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
31
DCONV

Prezada Carla, boa tarde!

Em conformidade com o Termo de Fomento nº 003/2021, celebrado entre o Município e a Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, informamos que a entidade apresentou prestação de contas das últimas parcelas repassadas.
Portanto, verificado pela gestora e pela secretaria responsável os cumprimentos dos demais requisitos estabelecidos na parceria, poderá ser solicitada à SEFAZ a **liberação das próximas duas parcelas** do 2º Termo Aditivo ao Termo de Fomento 003/2021, **nos valores de R$ 33.550,00 cada.**

atenciosamente,

Otávio Miranda
Convênios e Prestações de Contas
Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

Antônio Mendes da Silva
Secretário
Lucimara Aparecida Junqueira
Superintendente de Planejamento e Orçamento
Paola Rossi de Oliveira
Diretora de Convênios e Prestação de Contas

SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO – SEPLAN
DIRETORIA DE CONVÊNIOS - DCONV
Processo nº 9074/2021
Entidade: Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas
Assunto: Prestação de Contas do Termo de Fomento nº 03/2021
Período: fevereiro/2023 e pendências
Gestor(a): Carla Cristina Vartuli Cavanellas

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS DAS ENTIDADES BENEFICIADAS COM RECURSOS FINANCEIROS DO MUNICÍPIO Nº 02/2023 PORTARIA Nº 300, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2020.

Em relação à prestação de contas apresentada pela Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas referente ao Termo de Fomento nº 03/2021, cujo objeto é a o resgate para tratamento e castração de animais do município de Congonhas, que tem vigência de 28/10/2021 a 23/01/2024, a entidade protocolou, em 15/05/2023, o Ofício nº 009/2023 com documentação referente à prestação de contas de fevereiro/2023, que após análise têm-se os seguintes apontamentos:

1) Constam no processo as seguintes certidões/certificados:

- Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, válida até 30/08/2023;
- Certificado de Regularidade do FGTS, válida até 27/05/2023,
- Certidão Negativa de Tributos Municipal, válida até 01/06/2023,
- Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas, válida até 30/08/2023;
- Certidão Negativa de Débitos Tributários Estadual, válida até 02/08/2023.

Todas as certidões estão atualizadas.

2) O anexo do Relatório de Atendimento do mês de fevereiro/2023 não foi apresentado. Também não foram apresentados os dados do Relatório de Cumprimento do Objeto e as fichas de atendimentos aos animais, considerados neste termo como documento comprobatório. Aguardo o envio para sanar a pendência.

3) Em relação aos anexos do período de fevereiro/2023:

a) O Relatório de Execução Físico-Financeira e a Execução da Receita e Despesa foram apresentadas corretamente. A Relação de Pagamentos deverá ser refeita, adicionando as informações das notas fiscais dos itens 9, 13, 28 e 29.

b) A Conciliação Bancária foi apresentada corretamente. Discriminação:

saldo anterior	R$	1.299,21	despesas	R$	153.888,45
depósito PMC	R$	203.550,00	tarifas	R$	66,00
depósito entidade	R$	0,00	outros	R$	0,00
rendimento líquido	R$	438,79			
outros	R$	0,00			
total crédito	R$	205.288,00	total débito	R$	153.954,45
			saldo atual	R$	51.333,55

PREFEITURA M. CO
FOLHA
3203
DCONV

4) Com relação aos orçamentos:

a) A entidade adquiriu 05 (cinco) Estantes 30 cm – Cinza pelo valor unitário de R$ 198,98, sendo que o menor valor cotado foi de R$ 172,10. Portanto, o valor de R$ 134,40 deverá ser devolvido, referente soma da diferença.

b) Deverá ser apresentada justificativa ou três orçamentos válidos para os seguintes serviços:

- Auxiliar veterinário, prestado por Sabrina Barreto Demarchi Moreira, no valor de R$ 2.150,00, NF nº 33558;
- Recepcionista, prestado por Ana Flávia Silva Barros, no valor de R$ 2.160,00, NF nº 33560;
- Serviços Gerais, prestado por Ana Luise da Silva, no valor de R$ 1.935,00, NF nº 33561;
- Auxiliar veterinário, prestado por Pedro Henrique Vasconcelos Silva, no valor de R$ 2.397,50 NF nº 33559;
- Veterinário, prestado por Isabella Gonçalves Arruda Barbosa, no valor de R$ 8.600,00, NF nº 33578;
- Veterinário, prestado por Lucas Rocha Dias, no valor R$ 7.200,00, NF nº 33577.

Lembrando que também podem ser apresentadas tabelas de preços de associações profissionais, publicações especializadas ou quaisquer outras formas de informação disponíveis ao público (acordos sindicais ou tabelas da categoria).

c) Foi apresentado 01 (um) orçamento válido para:

Hemolitan 1LT;	Clor de metadona 10MG/ML 1ML sol. Inj. (Mytedom);
Hepvet c/30 comp.; Meloxinew 3% inj. 50ml; Sol. Glicose 50% 500ml;	Doxitec Syntec 16 comprimidos 200mg;
Sol. Ringer c/ lactato 500ml;	Ivercanis 3mg;
Mercepton inj 100ml;	Kit seringa 3ml Luer Lock com 500 - agulho 25 x 07; PGC 25 3-0 AG 19MM;
Sulfato vincristina inj. 1mg 2ml; Agemoxi inj f/a x 50ml;	Cateter Periférico intravenoso medix 24g c/100 unid.
Elayon 5W 40; Oleo 2 tempos 500ml;	Petprazol 10 c/30 comp.;

Deverá ser apresentada justificativa ou mais 02 (dois) orçamentos válidos.

d) Foram apresentados 02 (dois) orçamentos válidos para:

Furosemida 20mg/2ml 2ml (Genérico);	Poliglecaprone 2-0 70cm ag 3/8 cil 3,1cm pgcl20cr31g bioline (24);
Poliglecaprone 3-0 70cm ag 3/8 cil 3,1 cm pgcl30cr31g bioline (24);	PGC 25 3-0 AG 19MM;
Efedrina 50MG/ML 1ML (Efedrin).	

Deverá ser apresentada justificativa ou mais 01 (um) orçamento válido.

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3176 DCONV

e) Foram apresentados 03 (três) orçamentos válidos para:

Máscara Cirúrgica tripla proteção descart. Cx 50 unid.;	Luva cirurgica esteril com po descarpack;
Kit Touca descartável TNT 200 unidades;	Fio de Sutura em Nylon 2-0 Com Agulha 2,0 cm cx c/ 24 unid.;
Ácido Poliglicolico PGA 3-0 70cm ag 1/2 2,6cm abs30mr26g (36);	Cateter IV 14G 16G 18G 20G 22G Descarpack 100un (22g);
Adaptador PRN Luer Lock Macho;	Agulha 24x7 unid.;
Kalim alcool 70 5l.	

5) De acordo com a Cláusula Décima Quarta – Das Vedações, item 14.1, alínea j: fica vedado a OSC pagar despesas a título de taxa de administração. Nesse sentido, o gasto com tarifas bancárias, no valor de R$ 66,00, deverá ser devolvido a conta do termo.
6) O Relatório de Cumprimento do Objeto não foi apresentado.

7) No período analisado, houveram os seguintes gastos com frete:

- R$ 22,79 da compra de Fio Sutura PGC25 3-0 AG 19 mm, NF 2.675;
- R$ 67,16 da compra de Cateter Periférico Intravenoso medix 24G c/ 100 unidades, NF 24, valor R$ 579,36;
- R$ 33,50, da compra de Kit touca descartável 200 unidades, NF 16, valor R$ 55,48;
- R$ 178,00 da compra da Estante 30 cm, cinza, NF 9.458.

Portanto, o valor de R$ 301,45 deverá ser devolvido a conta do termo.

8) Solicito justificativa para terem sido pagos valores diferentes para o exercício das mesmas funções dos serviços de veterinário, auxiliar veterinário e serviços gerais.

9) Solicito que as notas fiscais de serviços sejam reapresentadas, informando o termo para qual o serviço está sendo prestado e o período de execução do serviço.

10) Solicito esclarecimento para o pagamento no valor de R$ 12.832,69 ter sido realizado em 03/02/2023, período anterior a nota fiscal referente ao pagamento, que foi emitida em 15/05/2023.

11) Solicito esclarecimento de quais são as notas fiscais referentes aos pagamentos realizados para Clínica Veterinária Mundo Animal Ltda., nos valores de R$ 20.258,02 e R$ 60.000,00.

12) A entidade informou que em maio de 2023 foi depositado o valor de R$ 45,00, referente a diferença entre o valor de R$ 1.039,90, pago para Key Soluções em Armazenagem Ltda e o valor da nota fiscal correspondente, nº 9.458, excluindo o frete, de R$ 994,90. Aguardo a apresentação de comprovação para sanar a pendência.

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 21 DCONV

13) Foi realizado o pagamento de R$ 1.531,70 para Rede Reta Ltda., referente a nota fiscal 33.000, no valor de R$ 1.498,11. A entidade informou que a diferença a mais de R$ 32,96 foi ressarcida na conta do termo em maio/2023. Aguardo a apresentação de comprovação para sanar a pendência.

14) Com relação a compra de medicamentos com BSA Comercio, NF 222, foi pago o valor de 853,74, sendo que deveria ter sido pago R$ 779,40. De acordo com a entidade, a diferença de R$ 74,34 foi ressarcida na conta do termo em maio/2023. Aguardo a apresentação de comprovação para sanar a pendência.

15) Foi realizado um pagamento no valor de R$ 1.450,82, referente as notas fiscais nº 136, 24 e 9.490, que perfazem o valor de R$ 1.358,35. E entidade informou que o valor da diferença, de R$ 92,47, foi devolvido para a conta do termo em maio/2023. Aguardo a apresentação de comprovação para sanar a pendência.

16) De acordo com a Cláusula Décima Quarta – Das Vedações, item 14.1, alínea d: fica vedado a OSC executar pagamento antecipado a fornecedores de bens e serviços. Portanto, o pagamento realizado a Karine Goulart Maia, em 15/02/2023, no valor de R$ 500,00, referente a adiantamento de salário, deverá ser devolvido a conta do termo.

17) Foi realizado um pagamento para PagBrasil Pagamentos Eletrônicos Ltda., no valor de R$ 1.059,50, referente a nota fiscal nº 168649, de R$ 557,30. O valor da diferença, de R$ 502,20, foi devolvido para a conta do termo.

18) a) A entidade declarou que foi realizado o pagamento do valor de R$ 6.068,25 ao Mercado Pago Representações Ltda., referente a aquisições de medicamentos. Porém, dias depois, lhes foi informado que três empresas não entregariam alguns produtos e que seria reembolsado o valor de R$ 1.622,64. Aguardo a devolução do valor que foi reembolsado.

b) O valor da aquisição então foi de R$ 4.445,61. As notas fiscais apresentadas perfazem o valor total de R$ 3.039,41. Está pendente a apresentação de outras duas notas fiscais, nos valores de R$ 656,00 e R$ 499,95. Além disso, o valor restante, de R$ 250,00, que a entidade informou que não possui nota fiscal, deverá ser devolvido a conta do termo.

19) Deverão ser apresentadas as seguintes declarações, conforme Cláusula Décima Primeira – Da Prestação de Contas, item 11.8, XVIII e XX:

- Declaração de que não há servidor municipal dos Poderes Executivo ou Legislativo recebendo recursos do termo;
- Declaração do Representante legal acerca da regular quitação dos encargos e direitos trabalhistas, quando a parceria envolver gastos com pessoal;

20) Identificação de Materiais Permanentes: Foram adquiridos até o momento os seguintes materiais permanentes: 05 afastadores farabeuf adulto 13 x 125mm, 01 armário vitrine pequeno, 01 autoclave digital extra 21 litros 110v, 01 balança digital a 300 com coluna, 01 cadeira de escritório, 01 canil gaiola 6 lugares, 01 canil gaiola triplo 60 x 40, 01 canil pet mix 3 lugares fixo esmaltado, 01 estetoscópio simples, 05 estojos em inox liso 20x10x5 para instrumentos, 01 gaiola de contenção de animais 8 lug pintado, 01 maca dobrável, 01 máquina

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
318
DCONV

de tosa agc2 2 veloc., 01 máquina de tosa profissional , 04 mesas de atendimento em inox 304, 01 mesa de escritório, 01 mesa de inox cirúrgica veterinária, 01 mesa para estufa ou autoclave, 01 módulo canil ferro grande p/ 2 animais, 01 módulo canil ferro médio p/ 2 animais s/ rodas, 01 módulo canil pequeno p/ 3 animais s/ rodas, 01 monitor mult touch screen, 02 suportes de soro inox c/ rodízios, 01 Placa 4x1m, 01 Frigobar 45L Midea MRC06B1 127V BCO, 03 divisórias constituídas de painéis de estrut. Cinza cristal, com ferragens cinza + 02 portas com fechadura cromada, 01 Cilindro aço 50L e 05 Estantes 30CM cinza.

21) Monitoramento de pendências identificadas em levantamento realizados anteriormente:

I) Em relação aos anexos de prestação de contas de 28 de outubro de 2021 a 03 de março de 2022:

a) A Relação de Pagamentos deverá ser corrigida alterando o item 01 na coluna "CNPJ/CPF" para 18.791.448/0001-36. As linhas das colunas "Item", "Credor", "CNPF/CPF", "N° Ordem Bancária
ou Cheque*", "Data Ordem Bancária ou Cheque" e "Valor" do item 3 deverão ser mescladas, pois o pagamento único de R$ 12.858,35 feito em 17/12/2021 se refere as notas fiscais n° 35,37,38,39,56. Os itens 07, 09, 10 e 13 deverão ser corrigidos na coluna "N° Ordem Bancária ou Cheque*" para os respectivos valores de 345957879, 00102760, 00101657 e 00161377. A coluna "CNPJ/CPF" do item 08 deverá ser refeita, alterando para 988.469.906-25.

b) Os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 deverão ser apresentados para aprovação da Conciliação Bancária.

c) Deverá ser apresentado extrato bancário do período de 28/10/2021 a 15/11/2021, visto que o extrato apresentado tem início de 16/11/2021, anterior ao início do termo.

II) Em relação aos anexos de prestação de contas de 04 de março de 2022 a 25 de março de 2022:

a) a Relação de Pagamentos deverá ser refeita, preenchendo as colunas "Item", "Credor", "CNPF/CPF", "N° Ordem Bancária ou Cheque*", "Data Ordem Bancária ou Cheque" e "Valor", referentes as notas fiscais nº 1, 208, 210, 215 e 225. Os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 deverão ser apresentados para aprovação da Conciliação Bancária.

III) Em relação aos anexos de prestação de contas de 26 de março de 2022 a 31 de maio de 2022:

a) o Relatório de Execução Físico-Financeira deverá ser refeito, corrigindo a porcentagem no "Executado" do "Realizado até o Período" nos itens nº 2.4, 4 e 7.

b) A Relação de Pagamentos deverá ser refeita, corrigindo a coluna "CNPJ/CPF" no item 13 para 054.869.626-81, no item 17 para 17.155.730/0001-64, no item 30 para 02.907.041/0001-91 e nos itens 32 e 36 para 26.171.645/0001-80. Deverão ser apresentadas as notas fiscais referentes aos itens 03, 16, 42 e 44.

c) O item "Rendimento Líquido da Aplicação Financeira" da Conciliação Bancária deverá ser alterado para R$ 530,28. Os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 deverão ser apresentados para aprovação da Conciliação Bancária.

d) Solicito esclarecimento para a diferença entre o saldo disponível da conta em 31/05/2022,

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
31 926
DCONV

de R$100.893,92, e o valor do saldo atual da conciliação bancária de R$68.171,66.

e) Deverá ser devolvido a conta do termo o valor de R$ 6,54 referente ao pagamento de multa por atraso feito a CEMIG, NF nº 2550922905.

f) Solicito esclarecimento para o pagamento feito a Amazon, no valor de R$ 8.708,05 em 13/04/2022.

g) Foram apresentados 02 (dois) orçamentos válidos para os seguintes itens:

cadeira de escritório	mesa para estufa ou autoclave
canil pet mix 3 lugares fico esmaltado	módulo canil ferro grande p/ 2 animais
chapa para construção 13mm	módulo canil pequeno p/ 3 animais s/ rodas.
gancho inox n 2 médio 19 cm com esfera.	

Deverá ser apresentada justificativa ou mais 01 (um) orçamento válido.

h) Foi apresentado 01 (um) orçamento válido para os seguintes itens:

aluguel de casa para funcionamento da clínica veterinária;	rolo 1320 la carneiro 23cm tigre;
afastador farabeuf adulto 13 x 125mm;	rolo 1341 espuma 9cm tigre;
betrat 60comp;	serviço de carreto;
brita 0;	sonda endotraqueal 2,0 sem cuff;
cabo para bisturi n 4 inox 14cm para lâminas n 18 a 36;	sonda endotraqueal 2,5 sem cuff;
esm. Brilho suvinil 3,6l (18/05);	sonda endotraqueal 3,0 sem cuff;
esm. Brilho suvinil 3,6l (27/05);	sonda endotraqueal 3,5 sem cuff;
estojo em inox liso 20x10x5 para instrumentos;	sonda endotraqueal 4,0 sem cuff;
lâmina para bisturi caixa com 100 peças n 24;	sonda endotraqueal 4,5 sem cuff;
lavix rende muito branco gelo 3,6l;	sonda endotraqueal 5,0 sem cuff;
lavix rende muito lua de prata 18l;	sonda endotraqueal 5,5 sem cuff;
lixa massa a-257 80 nerton;	sonda endotraqueal 6,0 sem cuff;
maca dobrável;	sonda endotraqueal 6,5 sem cuff;
madeira de pinus serrada;	sonda endotraqueal 7,0 sem cuff;
máquina de tosa profissional;	sonda endotraqueal 7,5 sem cuff;
massa corrida selafort 25k;	sonda endotraqueal 8,0 sem cuff;
módulo canil ferro médio p/ 2 animais s/ rodas;	sonda endotraqueal 8,5 sem cuff;
orelha de macaco ripa (0,14);	sonda endotraqueal 9,0 sem cuff;
pinça anatômica 16 cm dissecação para uso geral;	sonda endotraqueal 9,5 sem cuff;
pinça backhaus 13cm para campo;	sonda endotraqueal 10,0 sem cuff;
pinça dente de rato 16 cm para uso geral;	suporte de soro inox c/ rodízios;
pinça kelly 16cm curva para uso geral;	tesoura 15 cm reta fina/romba cirúrgica;

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
312
DCONV

pinça kelly 16cm reta para uso geral;	thinner comum extra petrovila 0,9l;
porta agulha mayo hegar 16cm para sutura;	trincha econômica média 696 -2 ½.

Deverá ser apresentada justificativa ou mais 02 (dois) orçamentos válidos.

IV) Em relação aos anexos de prestação de contas de 01 de junho de 2022 a 30 de junho de 2022:

a) O Relatório de Execução Físico-Financeira deverá ser refeito, alterando o período para 01/06/2022 a 30/06/2022 e corrigindo a porcentagem do "Executado" do "Realizado até o período" nos itens 2.4 e 7 para respectivamente 66,04% e 61,88%.

b) A Relação de Pagamentos deverá ser refeita. No item 08, as colunas "CNPJ/CPF", N° Nota Fiscal e Data Nota Fiscal deverão ser corrigidos para respectivamente 17.155.730/0001-64, 07708110 e 19/04/2022. As linhas das colunas "Item", "Credor", "CNPF/CPF", "N° Ordem Bancária ou Cheque*", "Data Ordem Bancária ou Cheque" e "Valor" do item 27 deverão ser mescladas. As linhas das colunas "Item", "Credor", "CNPF/CPF", "N° Ordem Bancária ou Cheque*", "Data Ordem Bancária ou Cheque" e "Valor" do item 28 deverão ser mescladas. O valor total da última página deverá ser alterado de R$ 66.833,52 para R$ 34.762,90.

c) Os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 deverão ser apresentados para aprovação da Conciliação Bancária.

d) Solicito justificativa para o valor do item "pagamento às clínicas" exceder o valor total planejado no plano de trabalho.

e) Referente a solicitação de esclarecimento para o pagamento no valor de R$ 494,38 feito a Auto Lafaiete ltda. Em 29/09/2022, a entidade declarou que esse valor se refere a despesas não especificadas no plano de trabalho e que, portanto, foi ressarcido a conta do termo. Aguardo a apresentação do recibo que comprove a devolução.

f) Solicito justificativa para a compra dos itens agemoxi inj 100ml e fluive 40mg/ml xpe 120 ml não ter sido feita pelo menor preço do orçamento.

g) Foram apresentados 02 (dois) orçamentos válidos referentes:

monovin k inj. 20 ml.	simparic 80 mg 3cp.
hemolitan pet 30 ml.	simparic 120mg 3 cp.

Deverá ser apresentada justificativa ou mais 01 (um) orçamento válido.

h) Foi apresentado apenas 01 (um) orçamento referente aos itens:

betrat 60 comp.	antibiótico enronew 150mg c/10 cp.
equipo macrog slip simples descarpack.	lidovet inj. 50ml.
traxonol 100mg.	meloxinew 2mg 10 cp.
claxam 500+125mg cx 21 comp.	vitaka 20ml.
canex composto kit 30 cp.	glicopan pet 250ml.
dexaflan inj. 50ml.	atadura crepe 20x4,5 (1,8) 13F.
antibiótico enronew 50mg c/10 cp.	

Deverá ser apresentada justificativa ou mais 02 (dois) orçamentos válidos.

V) Em relação aos anexos de prestação de contas de 01 de julho de 2022 a 30 de setembro de 2022:

a) A Relação de Pagamentos deverá ser corrigida no item 16, coluna "N° Nota Fiscal" para 090399, no item 28, colunas "N° Nota Fiscal" e "Data Nota Fiscal" para respectivamente

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3189
DCONV

32811 e 07/10/2022. A Relação de Bens não foi apresentada.

b) Identificação bancária da conta: Caixa Econômica Federal – agência nº 1044, operação 003, conta corrente e aplicação nº3005-5. Discriminação: saldo anterior: R$1.878,98, depósito PMC: R$130.558,44, depósito entidade: R$796,55, rendimento líquido: R$410,81, outros: R$0,00, total crédito: R$ 133.644,78, despesas: R$66.093,25, total débito: R$66.093,25, salto atual: R$67.551,53. Os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 deverão ser apresentados para aprovação da Conciliação Bancária.

c) Os extratos bancários da conta corrente foram apresentados corretamente, faltando os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 para aprovação da Conciliação Bancária.

d) Solicito justificativa para o valor do item "pagamento às clínicas" exceder o valor total planejado no plano de trabalho.

e) A entidade declarou que foi pago a Gislaine Amaro do Vale a quantia de R$ 3.304,80 no dia 06/08/2022 referente aos meses de junho e julho que não foram pagos em dia porque não havia recurso na conta. A entidade aponta que teria tirado a NF apenas do mês de junho e, portanto, não apresentou a NF de julho. Nesse sentido, peço a PARC que solicite a prestadora de serviços que emita a nota fiscal contendo no seu corpo a observação de que o valor se refere ao pagamento de julho/2022, no valor de R$ 1.652,40, e que apresente juntamente a justificativa de pagamento já efetuado.

f) A entidade declarou que Yam Bernardo Oliveira Silva emitiu a NF no dia 31/08/2022 no valor de R$ 1.456,4 e no dia 30/09/2022 no valor de R$ 1.456,64, sendo que o valor correto é de R$ 1.454,40.

g) A entidade declarou que foi ressarcido à conta o valor de R$ 486,00 referente a despesas não especificadas no plano de trabalho: Gabriel Henrique Oliveira Barbosa – Loctech Regional de Medicina Veterinária e Caminhão Ltda., no valor de R$ 350,00 e Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado de MG, no valor de R$ 136,00. Aguardo a apresentação do recibo.

h) A entidade declara que foi pago ao PSV o valor de R$ 6.200,00 no dia 22/08/2022 referente a medicamentos adquiridos na Realpharma. Como essa empresa não vende diretamente a associações, solicitaram que o PSV comprasse os medicamentos, pagaram para a clínica e ela transferiu o valor para a empresa. Solicito a apresentação da NF. 8) Foi apresentado 01 orçamento válido referente a Doxiciclina 100mg c/ 20 comp. Deverá ser apresentada justificativa ou mais 02 (dois) orçamentos válidos.

VI) Em relação aos anexos do período de outubro/2022 a janeiro/2023:

a) O Relatório de Execução Físico-Financeira deverá ser corrigido no item 03 (Serviços de Contabilidade) na coluna "Total" de R$ 14.800,00 para R$ 8.800,00. A Execução da Receita e Despesa foi apresentada corretamente. A Relação de Pagamentos deverá ser refeita, adicionando as informações da nota fiscal do item 05 (Cemig). Os itens 04 e 16 deverão ser corrigidos na coluna "Data Nota Fiscal" para 24/11/2022. Os itens 55 e 60 deverão ser corrigidos na coluna "Nº CH/OB para respectivamente 14431684492 e 14709891992.

b) A Conciliação Bancária do período de outubro/2022 a janeiro/2023 foi apresentada. Discriminação: saldo anterior: R$ 67.551,53, depósito PMC: R$ 41.779,16, depósito entidade: R$ 486,00, rendimento líquido: R$ 868,56, outros: R$ 3.528,63, total crédito: R$ 114.213,88, tarifas: R$ 55,00, despesas: R$ 112.859,67, outros: R$ 0,00, total débito: R$ 112.914,67, saldo atual: R$ 1.299,21. Os comprovantes de rendimentos de dezembro/2021 e janeiro/2022 deverão ser apresentados para aprovação da Conciliação Bancária.

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3190
DCONV

c) Solicito que a entidade informe qual o período de execução das seguintes notas fiscais: NF nº 33059, de Geova Rebouça dos Santos, no valor de R$ 175,00; NF nº 33105, de Marcos Adriano Antônio Silva, no valor de R$ 600,00; NF nº 33342, de Valdo Ferreira dos Santos, no valor de R$ 840,00; NF nº 33341, de Thiago Marciano Silva, no valor de R$ 420,00; e NF nº 33377, de Valdo Ferreira dos Santos, no valor de R$ 600,00.

d) A entidade deverá realizar esclarecimentos sobre a nota fiscal nº 32909, da Gislane Amaro do Vale, como prestação de serviço de pedreiro e ajudante de pedreiro em outubro de 2022, sendo que a colaboradora já é contratada pela entidade como prestadora de serviços gerais do canil/gatil, conforme nota fiscal nº 32907, referente ao mesmo período. **c)** Solicito esclarecimento para a nota fiscal nº 10648, no valor de R$ 155,00, da Agricol Agrícola Congonhas Eireli, anexada na prestação de contas, mas que não consta nos pagamentos do período.

e) Com relação aos pagamentos das notas fiscais nº 33047, 33080 e 33105, referentes ao serviço de pedreiro realizado por Marcos Adriano Antônio Silva terem sido feito para Tiago Felipe Ferreira Lobo, respectivamente em 11/11/2022, Cod. Op. 12825438213, no valor de R$ 970,00, 18/11/2022, Cod. Op. 13024834212, no valor de R$ 480,00, e 25/11/2022, Cod. Op. 13255326602, no valor de R$ 600,00 a entidade apresentou declarações individuais informando que o Tiago Felipe Ferreira Lobo repassou integralmente os valores para Marcos Adriano Antônio Silva, visto que o Marcos não possui conta em banco.

f) Com relação ao pagamento da nota fiscal de serviço número 33173, referente ao serviço de pedreiro realizado por Marcos Adriano Antônio Silva ter sido feito para Sidnei Celestino Assis, em 02/12/2022, Cód. Op. 13495150923, no valor de R$ 600,00, a entidade apresentou uma declaração informando que o Sidnei Celestino Assis repassou integralmente o valor para Marcos Adriano Antônio Silva, visto que o Marcos não possui conta em banco.

g) Com relação ao pagamento da nota fiscal nº 33461, referente ao serviço de ajudante de pedreiro por Sérgio Celestino de Assis ter sido feito para Wagner Magalhães de Assis, em 13/01/2023, Cód. Op. 1448128711, no valor de R$ 140,00, a entidade apresentou uma declaração informando que o Wagner Magalhães de Assis repassou integralmente o valor para o Sérgio Celestino de Assis, visto que Marcos não possui conta em banco. Todas essas declarações deverão ser reapresentadas em vias originais. Logo após, encaminharemos a gestora e a Controladoria para apreciação e deliberação.

h) A entidade apresentou uma declaração informando que será apresentado o depósito de R$ 157,50 na conta do termo, referente ao ressarcimento das despesas de: R$ 1,50 – Administradora Santo Antônio Ltda. – 04/10/2022 – Juros; R$ 1,50 – Rede Reta – 04/10/2022 – Juros; R$ 30,00 – Otimiza Farmavet – 24/10/2022 – Frete; R$ 50,00 – Cesar Dourado Oliveira Menezes Nogueira Matos – 10/11/2022 – despesa não incluída do plano de trabalho; R$ 28,43 – Rede Reta – 21/11/2022 – juros; R$ 0,20 – Gislaine Amaro do Vale – 14/01/2023 – diferença entre a NF e o valor pago; R$ 45,87 – Hospitalar Distribuidora de Medicamentos Ltda. – EPP – 26/01/2023 – Frete. Aguardo a apresentação do depósito para sanar as pendências.

i) Foram apresentados 2 (dois) orçamentos para os seguintes itens: Glicose hipertonica 50% 10ml, Diazepam 5mg/ml - cx c/100 amp 2ml genérico, Fenobarbital 100mg/ml - c/25 amp 2ml – fenocris, Avental manga longa branco gr 50 - pacote c/10, Morfina 10mg/ml - caixa c/ 100 amp 1ml, Tramadol 50mg/ml - caixa c/100 amp 2ml. Deverá ser apresentada justificativa ou mais 1 (um) orçamento válido.

j) Foi apresentado 1 (um) orçamento para os seguintes itens: Serviço de marketing direto 12 meses, Prego 18x30 telheiro 500g, Telha amianto 2,44x1,1x5mm multilit, Placa 4x1m e

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
319
DCONV

instalação, Etanol hidratado, Omeprazol 40mg pó inj. c/diluente - caixa c/20, Pvpi degermante 10% - fr 1 litro, Pvpi tópico 10% - fr 1 litro, Metronidazol 5mg/ml - caixa c/50, Iodopolividona degermante 1000ml 10%. Deverá ser apresentada justificativa ou mais 2 (dois) orçamentos válidos.

k) Lembrando que os orçamentos devem ser unitários e não pelo valor global, peço justificativa para a compra a maior dos itens Tubo Fortlev 40mm esq, Joelho Amanco esgoto 40x90, Tê Amanco 20mm soldável, Torneira PVC Lavatório BCA 2790 herc, Engate plástico ½ 60cm Amanco, Registro esfera sold 20mm herc, Bucha p/ fixar parafuso nº8, Parafuso auto Atar 3,9x25,0 e Disco Diam Tyrolit basic turbo, na nota fiscal nº 676, da Materiais de Construção Andrade Junior Ltda – EPP, de 24/10/2022, ou a devolução do valor de R$ 52,25, da soma da diferença.

22) Apreciação e Recomendações da Controladoria Geral: A Controladoria Geral se manifestou pela regularidade das despesas efetuadas entre o período de 29/12/2022 a 22/01/2023, após a vigência do Termo, devido a uma falha na tramitação interna na Prefeitura de Congonhas, tendo em vista que todas as despesas foram realizadas de acordo com o plano de trabalho aprovado pelo Município. Será enviado à gestora para manifestação pela aceitação ou não dessas despesas.

23) Conclusões do Gestor e/ou Comissão de Monitoramento e Avaliação: A gestora do termo, Srta. Carla Vartuli, não apresentou o Relatório de Cumprimento do Objeto referente ao período de outubro/2021 a fevereiro/2023. Aguardo a entrega do mesmo. **Congonhas, análise realizada nos dias 10 a 17 de agosto de 2023.**

Otávio A Miranda

Otávio Miranda
Analista de Prestação de Contas
Diretoria de Convênios - Seplag

PREFEITURA DE CONGONHAS
FOLHA 3192
DCONV

Liberação de Parcela - PARC

Otavio Augusto Miranda Oliveira
Qui, 17/08/2023 15:39

Para:Carla Cristina Vartuli Cavanellas <carla.cavanellas@congonhas.mg.gov.br>;Edilene Maria Marcossi <edilene@congonhas.mg.gov.br>

Cc:Paula Rossi de Oliveira <paula.rossi@congonhas.mg.gov.br>

Prezada Carla, boa tarde!

Em conformidade com o Termo de Fomento nº 003/2021, celebrado entre o Município e a Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, informamos que a entidade apresentou prestação de contas das últimas parcelas repassadas.
Portanto, verificado pela gestora e pela secretaria responsável os cumprimentos dos demais requisitos estabelecidos na parceria, poderá ser solicitada à SEFAZ a liberação da próxima parcela do 2º Termo Aditivo ao Termo de Fomento 003/2021, no valor de R$ 33.550,00.

atenciosamente,

Otávio Miranda
Convênios e Prestações de Contas
Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS

Folha Nº 3193

Anexo ao Processo Nº _____/_____, de ____/____/____

À Dra. Jules

Segue o presente para sua análise e parecer, tendo em vista o seu despacho à fl. 2928

Em 22/08/2023

Marcelo Armando Rodrigues
Procurador do Município
OAB/MG 40953

3484

Oficio n° /2023

Ilmo. Sr. Allan Diego Falci

Secretário Municipal de Saúde

Ilmo. Sr.

A associação **PARC** (Protetores dos Animais de Rua de Congonhas) CNPJ 07.766906/0001-60, com endereço a Rua Delfina Santos Correa, N°173 Bairro Cristo Rei, nesta Cidade, entidade filantrópica e sem fins lucrativos, que desenvolve um trabalho social e de Utilidade pública desde 2005, vem através deste, solicitar ao Sr. Allan Diego Falci, Secretário Municipal de Saúde a alteração do Plano de Trabalho para modificar os valores que serão distribuídos, sendo um valor de R$ 330.000,00 (trezentos e trinta mil reais) para pagamento das clínicas veterinárias e a destinação de um valor de R$ 60.000,00 (sessenta mil reais) para compra de insumos.

Desde de já agradecemos!

Congonhas, 23 de agosto de 2023.

Wagner Magalhães de Assis

Allan Diego Falci
Secretario M. de saúde

Wagher Magalhães de Assis
Presidente da ONG-PARC

Prezado Servidor

Gentileza solicitar a alteração do último Plano de trabalho apresentado pela ONG. PARC, uma vez que foi necessário alteração de rubricas, permanecendo, portanto, o mesmo valor global apresentado anteriormente para aditivo contratual em razão do encerramento de serviços

Att,

Allan Diego Falci
M.S. nº 20144965
Secretário Municipal de Saúde
Congonhas/MG

23/08/2023

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

PLANO DE TRABALHO
O Plano de Trabalho apresentado pela entidade deve descrever todos os itens a serem adquiridos/serviços a serem executados de forma pormenorizada. O responsável pelo órgão/entidade (presidente) deverá assinar todas as folhas. Todos os campos têm que ser preenchidos de forma detalhada, visando ao completo entendimento do projeto. (Pode ser usada a quantidade necessária de linhas)

1 - DADOS CADASTRAIS		
ÓRGÃO/ENTIDADE: **MUNICÍPIO DE CONGONHAS**		CNPJ: 16.752.446/0001-02
ENDEREÇO: Praça Presidente Kubitschek - 135 – Centro		
MUNICÍPIO: Congonhas	UF: MG	CEP: 36.415-000
NOME DO RESPONSÁVEL: Cláudio Antônio de Souza	CI: M-1.652.882	CPF: 314.756.986-15
CARGO: Prefeito		

2 - DADOS CADASTRAIS				
ÓRGÃO/ENTIDADE: **ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS – PARC**			CNPJ: 07.766.906/0001-60	
ENDEREÇO: Rua Delfina Santos Corrêa - 173 – Cristo Rei				
MUNICÍPIO: Congonhas		UF: MG	CEP: 36.414-438	TELEFONE: 97521-3239
CONTA CORRENTE ESPECÍFICA: 003 3005-5	BANCO: 104	AGÊNCIA: 1044	PRAÇA PAGAMENTO: Congonhas	
NOME DO RESPONSÁVEL: Wagner Magalhães de Assis		CI: MG-10.336.552	CPF: 055.917.826-39	
ENDEREÇO: Rua José de Freitas Silva - 155 - Barro Preto - Congonhas - CEP 36.414-270				
CARGO: Presidente	TELEFONE: 99635-5540	E-MAIL DA ENTIDADE OU DO RESPONSÁVEL: wagnerassis01@hotmail.com		

3 - HISTÓRICO DA OSC

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas - PARC nasceu da união de pessoas que, amando os animais e vendo nas ruas tantos abandonados e até mesmo domiciliados que são maltratados, decidiram se unir e trabalhar por eles. A entidade tem como propósito o bem-estar dos animais e trabalha para que seja dado a eles um tratamento digno.

Em 2 de janeiro de 2008, a entidade foi declarada de utilidade pública pelo município de Congonhas e, em 22 de setembro de 2016, pelo Estado de Minas Gerais, títulos que, hoje, não são mais exigidos para celebração de termos de parceria.

Desde a sua fundação, em 2005, foram feitos contatos significativos entre a Associação PARC e o Poder Público. Nesse ano, em 11 de outubro, foi realizada a primeira reunião com o prefeito de Congonhas para apresentação da associação e de seus propósitos e solicitação de melhorias no canil municipal. Desde então, houve várias reuniões com o Chefe do Executivo e outros representantes municipais.

De 2006 a 2011, os membros da associação foram autorizados a cuidar dos animais recolhidos ao Bebe Água - canil municipal - dando-lhes banho, tratamento e carinho.

A PARC, no princípio, tinha o propósito de que fosse construído um abrigo, porém, após reuniões com

3196/19

veterinários e ativistas dos direitos dos animais, foi alterado o foco de atuação. A entidade passou a trabalhar pela castração em massa, único procedimento ético que pode conter a superpopulação, tanto de animais de rua quanto dos domiciliados.
De 2011 a 2016, foi mantida parceria com o Poder Público em um projeto de castração. Os recursos eram repassados pelo município e utilizados no pagamento dos procedimentos. De 2013 a 2016, os recursos foram destinados, em sua maior parte, às castrações e uma pequena parte para o tratamento dos animais.
Em 2017, não foi feito termo de parceria entre o município e a PARC porque o próprio município passaria a fazer as castrações.
A associação, há algum tempo, possui um canil, antes em um local emprestado e atualmente em local alugado. Como a associação não pode acolher todos os animais, assim que estão curados são castrados e colocados para adoção. Se não houver adotante, o animal é solto no mesmo local em que foi encontrado.
A Associação PARC é a única entidade em Congonhas que representa os animais, defendendo os direitos estabelecidos pela Declaração Universal dos Direitos dos Animais, da UNESCO, celebrada na Bélgica em 1978 e da qual o Brasil é signatário, e por outros instrumentos, como o Decreto Federal 24.645/34, a Constituição Federal, a Lei Federal 9.605/98 de Crimes Ambientais, o Decreto Municipal 2.254, de 25/03/92 e a Lei 2.567, também municipal, de 12 de dezembro de 2005.
Até um tempo atrás, os animais de rua eram caçados pela "carrocinha" como potenciais depósitos de doenças e "sacrificados" para o bem-estar da população. Fora os atropelamentos e outras doenças, alguns apresentam apenas doenças de pele ou sarna que, com banhos e tratamento tópico, são completamente curáveis. Antes da atuação da associação no município, todos os animais eram sacrificados. Os membros da associação procuram conscientizar as pessoas sobre a forma humana e digna de como tratar os animais, de não abandoná-los, de fazer denúncia de maus-tratos, assim como conseguimos convencer os nossos governantes de que o extermínio de animais, além de mais caro e indigno, atua na consequência, enquanto a esterilização, mais barata e ética, atua na causa.
Com a parceria renovada com o município, Congonhas poderá ser uma cidade-modelo no tratamento dado aos animais. Uma cidade histórica, Patrimônio Cultural Mundial, visitada anualmente por milhares de romeiros e cidade que faz parte de um circuito visitado por milhares de turistas, merece ser também um exemplo em dignidade.
No mundo atual é dada ênfase ao meio ambiente: devem ser preservados as águas, as matas, os animais silvestres, mas, e os animais urbanos que perambulam pelas ruas, com fome, com sede, doentes?
O ser humano vive em uma sociedade que busca sempre o melhor para si e nós, representantes da Associação PARC, representamos uma parcela da população que ama e respeita os animais, buscando o melhor para eles. Atrelada a isso, existe a questão ambiental: uma cidade sem animais nas ruas (quando todos os animais do município forem castrados e chipados e houver lei de posse responsável efetiva) ou, se houver, somente animais saudáveis, será um lugar aprazível ao homem.

4 - DESCRIÇÃO DO PROJETO / ATIVIDADE	
TÍTULO DO PROJETO / ATIVIDADE: Termo aditivo - Resgate e tratamento dos animais de rua do município de Congonhas	PERÍODO DE EXECUÇÃO: INÍCIO: assinatura do termo aditivo TÉRMINO: 1 ano após assinatura

5 - IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Resgate e tratamento dos animais de rua do município de Congonhas. Os animais de rua doentes ou atropelados, que não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para consulta, procedimentos, exames, internação (se necessário) em clínicas particulares. Se a internação não for necessária ou após, serão levados para o canil da entidade, a fim de terminar o tratamento. Curados, serão colocados em disponibilidade de adoção. Se não forem adotados, serão soltos no mesmo local em que foram resgatados.

6- OBJETIVOS / RESULTADOS

1. Oferecer tratamento para os animais abandonados.
2. Diminuir o nº. de animais nas ruas, pela castração e pela adoção.
3. Eliminar o sofrimento dos animais.
4. Educar a população quanto ao bem-estar dos animais e à posse responsável.
5. Fortalecer a Associação PARC como entidade protetora dos animais.

7 - DIAGNÓSTICO DA REALIDADE (descrição da realidade que será objeto da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades/projetos e as metas a serem atingidas)

Infelizmente, por estarem permanentemente nas ruas porque foram abandonados, os animais (cachorros e gatos) são vítimas de atropelamentos e doenças.
O nº. de animais que perambulam pelas ruas é incontável porque alguns conseguem ser adotados mas, em proporção maior, outros são abandonados.
Então, há que ser feito trabalho de conscientização da população sobre a posse responsável (não abandonar), tanto pelo Poder Público quanto pela entidade.
Concomitante a essa prática, tem que ser dada maior ênfase à castração e à identificação por chip. Só assim, com essas ações sendo executadas pelo Poder Público, com o amparo também de lei de posse responsável vigente e que seja realmente executada (multa para o dono do animal que estiver na rua), pode-se pensar em diminuição do nº. de animais abandonados.
No município de Congonhas há muitos cachorros soltos nas ruas. Há pessoas que adotam mas não mantêm os animais dentro de casa ou do quintal. Soltos, são vítimas de atropelamento ou ficam doentes. Por esse motivo, a associação necessita de recursos para que sejam tratados.

8- PÚBLICO-ALVO (direta e indiretamente)

Cachorros e gatos abandonados nas ruas. Indiretamente, todo o município porque, atrelada ao cuidado com os animais, existe a questão ambiental: uma cidade sem animais nas ruas (quando todos os animais do município forem castrados e chipados e houver lei de posse responsável efetiva) ou, se houver, somente animais saudáveis, será um lugar aprazível ao homem.

9 - METAS A SEREM ATINGIDAS (descrição de metas quantitativas e mensuráveis a serem atingidas)

O tratamento de animais é uma ação constante que não se consegue medir. Não é possível quantificar exatamente quantos animais serão tratados. Podemos dizer que todos que precisarem serão tratados.
A meta a ser atingida é não haver nenhum animal de rua sem tratamento e castração. Não há como especificar indicadores perfeitos para cumprimento da meta de tratamento dos animais de rua porque o objetivo não é limitado. A associação não deixa nenhum animal sem atendimento.
Para a castração, a meta da PARC será castrar 80 animais por mês. Para os atendimentos, pela média de animais atendidos pelas clínicas, estabelecemos a meta de atendimento de 40 cachorros e 8 gatos por mês. Mas, como já dissemos, esse número pode tanto ser menor quanto maior.
Os animais que não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para clínicas particulares.

10-FORMA DE EXECUÇÃO (forma de execução das atividades ou do projeto)

Os animais de rua serão resgatados por membro da Associação PARC e, se não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para clínica veterinária para serem atendidos. Se necessário, serão feitos exames, procedimentos, intervenção cirúrgica.
Se os animais não precisarem ficar internados ou, logo após, serão levados para o canil da entidade para continuar o tratamento.
Após o completo restabelecimento, serão levados para feira de adoção. Se não forem adotados, serão devolvidos ao mesmo local em que foram resgatados.
Os membros da Associação PARC recebem ligações de pessoas informando que determinado animal está

3198

precisando de atendimento e vão fazer o resgate. O animal será levado à clínica veterinária, será medicado e, se houver necessidade, ficará internado. Se não, será levado para o canil da associação, onde continuará o tratamento. Curado, será colocado em disponibilidade para adoção. Se não for adotado, será solto no mesmo local em que foi encontrado.

11 - INDICADORES QUANTITATVOS E QUALITATIVOS (definição dos indicadores a serem utilizados para aferição do cumprimento das metas e avaliação dos resultados)

Como foi dito anteriormente, não há como mensurar o nº. de animais a serem tratados. A Associação PARC tem o compromisso de tratar todos os animais que precisarem.
Para a castração, a meta da PARC será castrar 80 animais por mês. Para os atendimentos, pela média de animais atendidos pelas clínicas, estabelecemos a meta de atendimento de 40 cachorros e 8 gatos por mês. Mas, como já dissemos, esse número pode tanto ser menor quanto maior.
Os animais que não puderem ser atendidos no Centro de Castração Animal São Francisco de Assis – CCA, serão encaminhados para clínicas particulares.

12 - JUSTIFICATIVA PARA A EXECUÇÃO DO PROJETO / ATIVIDADE

No município de Congonhas há muitos animais abandonados que ficam vulneráveis a doenças e atropelamentos. E também animais domiciliados de pessoas carentes que não recebem o tratamento que necessitam. Com esta parceria com o município, aqueles que precisam terão o tratamento que necessitam e merecem, para que Congonhas seja exemplo na forma de amparo aos animais.

13 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META – ETAPA OU FASE)

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	ESTIMATIVA CUSTO		INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			VL. UNITÁRIO	VL. TOTAL	UNID.	QUANT	INÍCIO	TÉRMINO
1. Tratamento dos animais de rua de Congonhas	1	Pagamento às clínicas veterinárias	330.000,00	330.000,00	-	1	Assinatura do termo aditivo	1 ano após assinatura
	2	Aquisição de alimento para os animais	60.000,00	60.000,00	-	13		

14 - PLANO DE APLICAÇÃO – CONCEDENTE

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:	VALOR INVESTIMENTO: **R$390.000,00**

14 - PLANO DE APLICAÇÃO – PROPONENTE

DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:	VALOR INVESTIMENTO:

15 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – CONCEDENTE

META/ETAPA	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
1 e 2	390.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS
	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

15 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – PROPONENTE

META/ETAPA	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	4º MÊS	5º MÊS	6º MÊS
	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS	11º MÊS	12º MÊS

3199
19

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

16 - DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Declaro, para fins de prova junto ao município de CONGONHAS, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexiste qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal que impeça a transferência de recursos financeiros oriundos de dotação consignada no orçamento do município, na forma deste Plano de Trabalho.
Congonhas, abril de 2023.

Proponente: Wagner Magalhães de Assis
Presidente da entidade

17 - PARECER TÉCNICO

Título do projeto / atividade:

Parecer: ( ) favorável ( ) não favorável

Texto do parecer:

Congonhas, ___ de _____ de 2023.

18-APROVAÇÃO DO CONTROLE INTERNO DA PREFEITURA DE CONGONHAS

O termo encontra guarida legal:

a) ( ) Previsão legal d) ( ) Compatibilidade com a LDO

b) ( ) Previsão orçamentária e) ( ) Compatibilidade com o PPA

c) ( ) Recursos financeiros

DEFERIDO ( ) INDEFERIDO ( )

Congonhas, ___ de _____ de 2023.

_____
Controlador Geral

19 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

19.1 – Comissão de Seleção: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Congonhas, _____/_____/2023 Assinatura: _____

19.2 – Gestor: ( ) Aprovado ( ) Reprovado

Congonhas, _____/_____/2023 Assinatura: _____

20 - APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

☐ DEFERIDO ☐ INDEFERIDO

Congonhas, ___ de _____ de 2023.

_____
Prefeito de Congonhas

PARECER JURÍDICO Nº 672/2023

Processo Administrativo nº 0009074-0005/2021.

Trata-se de parecer jurídico acerca do terceiro Termo Aditivo referente ao Termo de Fomento de nº 03/2021 celebrado entre este Município e a Associação dos Protetores de Animais de Rua de Congonhas - PARC.

É o relatório. Passo a opinar.

Antes de analisar o mérito, **advirto** que a presente manifestação toma por base exclusivamente os elementos que constam, até a presente data, nos autos do processo administrativo em epígrafe, e analisa tão somente os aspectos jurídicos da presente demanda, não prestando informação quanto a conveniência e oportunidade dos atos administrativos, tampouco analisa/revisa os aspectos de natureza eminentemente técnico-administrativa.

Por oportuno, é mister esclarecer que tudo aqui exposto se trata de um parecer opinativo, analisando o caráter meramente técnico-jurídico do pedido, não subsistindo diretamente como ato administrativo, pendente de análise posterior.

O repasse de recursos para as Organizações da Sociedade Civil – OSC, está preconizado e resguardado na Lei 13.019/2014, que dispõe em seu artigo 57 sobre a possibilidade de modificação de valores ou metas por meio de termo aditivo, vejamos:

> Art. 57. O plano de trabalho da parceria poderá ser revisto para alteração de valores ou de metas, mediante termo aditivo ou por apostila ao plano de trabalho original.

Diante disto, tem-se, ainda, o Decreto Municipal nº 6.731/2018, em seu artigo 34, que individualiza o entendimento sobre os moldes que se seguirão a modificação acima mencionada, devendo ser feita por instrumento próprio, conforme se vislumbra:

> Art. 34. Desde que não haja alteração do objeto da parceria, o termo de parceria ou o plano de trabalho poderão ser alterados, após solicitação fundamentada pela OSC ou por ela anuída, caso a proposta advier da Administração Pública Municipal, da seguinte forma:
> I - **por termo aditivo** para:

3201

a) **ampliação ou redução do valor;**

b) prorrogação da vigência;

No caso em tela, verifica-se tratar da alteração do valor de repasse, além da prorrogação da vigência do Termo de Fomento nº 03/2021, seguido do plano de trabalho juntado às fls. 2920 a 2924.

Contudo, há inúmeras questões a serem elucidadas neste parecer, considerando reiteradas manifestações desta PROJUR sobre o cumprimento e respeito de prazos processuais.

Ab initio, é mister destacar a linha do tempo deste procedimento, inclusive linha temporal esta que também se encontra no parecer emanado pela controladoria jurídica – fls. 2911 a 2914. Traçar esta linha temporal é importante quando se vislumbra que não foi respeitado o prazo de prestação de contas, quiçá o prazo mínimo para o pedido de prorrogação e celebração de novo termo aditivo.

O artigo 49, da Lei 13.019, é bastante claro quando aduz que a prestação de contas deverá ser feita, obrigatoriamente, ao final do exercício de cada termo, quando a parceria entre a OSC e o ente administrativo exceda a um ano. Ou seja, este artigo nos traz justamente o cenário deste procedimento administrativo, onde a parceria é firmada deste de 2021, com a celebração do Termo de Fomento nº 03/2021.

A partir do momento em que há a prorrogação desta parceria por meio de termos aditivos, ou outros instrumentos jurídicos, a prestação de contas deverá ser realizada sempre, e impreterivelmente ao final de cada exercício, o que, veremos, não foi o ocorreu.

> Art. 49. Nas parcerias cuja duração exceda um ano, é obrigatória a prestação de contas ao término de cada exercício.

Tal disposição, ainda é reiterada no artigo 67 da mesma lei.

> Art. 67. O gestor emitirá parecer técnico de análise de prestação de contas da parceria celebrada.
> § 1º No caso de prestação de contas única, o gestor emitirá parecer técnico conclusivo para fins de avaliação do cumprimento do objeto.

§ 2º Se a duração da parceria exceder um ano, a organização da sociedade civil deverá apresentar prestação de contas ao fim de cada exercício, para fins de monitoramento do cumprimento das metas do objeto. (grifo nosso)

Ainda, aduz a mesma lei que a prestação de contas deve passar por órgão responsável pelo controle dos documentos apresentados, atestando, ou não, erros ou ausências de informações necessárias para a análise dos gastos da OSC.

Veja, aqui não se discute a regularidade do trabalho prestado, o qual não restam dúvidas de que é feito com excelência. O grande imbróglio processual se dá com o desrespeito ao ordenamento jurídico, à pareceres desta PROJUR, e prazos descumpridos.

Para facilitar o entendimento e o acompanhamento da situação aludida por esta PROJUR, apresento a seguinte linha temporal:

1. Termo de Fomento nº 03/2021 devidamente celebrado com seu prazo de vigência entre 28/10/2021 à 28/10/2022;

2. Prestação de contas referentes às parcelas dos meses de Julho à Setembro do Termo de Fomento avaliada pela Secretaria Municipal de Planejamento colacionada à fl. 2388 a 2391 – volume 3, **informando pendências a serem sanadas**. Documento datado de 17/11/2022;

3. Ofício de prorrogação do prazo de vigência até a data de **28/12/2022**, em decorrência de atraso da Administração Pública com os repasses. Documento colacionado na fl. 2395 – Volume 4;

4. Pedido de celebração do 2º Termo aditivo, indexado à fl. 2401 - volume 4, prorrogando a vigência até fevereiro de 2023. Documento datado de 13/12/2023 – apenas 15 dias antes de expirar o prazo de vigência, porém sem comprovante de protocolo, somente sendo recebido no dia 22/12/2022 pela Secretaria Municipal de Saúde;

5. Parecer PROJUR colacionado à fl. 2405 – volume 4, informando sobre a indubitável e inadiável necessidade de regularização e prestação de contas para a celebração de novo termo. Documento datado de **28/12/2022, último dia de vigência do Termo, sem a regularidade da prestação de contas**;

6. Juntada de documentos sem nexo com o último parecer da PROJUR, com datas extemporâneas, incluindo um plano de trabalho datado de novembro de 2022 e uma minuta de um 2º termo aditivo, datado de janeiro de 2023, colacionado às fls. 2432 e 2433 – volume 4;

7. Parecer PROJUR, anexado às fls. 2421 a 2427 – volume 4, informando que o prazo para envio de documentações e solicitação de Termo Aditivo deverá respeitar o prazo **mínimo** de 30 dias, conforme artigo 1º do Decreto Municipal 6013/2014, além de salientar sobre as vedações de celebração de novo termo, constantes nos artigos 33 e 39 da Lei 13.019, acrescentando ao final que o segundo Termo Aditivo, **somente poderá ser celebrado quando da regularização da prestação de contas, atestada na fl. 2344 – volume 4. Documento datado de 18/01/2023**;

8. Segundo Termo Aditivo celebrado, **sem** a prestação de contas, mesmo após reiterados pareceres desta PROJUR, colacionado às fls. 2432 e 2433 – volume 4. **Documento datado de 23 de janeiro de 2023**;

9. E-mail informando sobre a **existência de pendências na prestação de contas**, desde setembro de 2022, colacionado à fl. 2442. **Documento datado de 31/01/2023**;

10. Parecer PROJUR, colacionado à fl. 2448 – volume 4, informando que há indícios de que o Termo de Fomento está expirado desde 28 de dezembro de 2022, devendo a SEPLAG e a Controladoria interna avaliarem tal situação;

11. Despacho da Diretoria de Convênios informando sobre o prazo em aberto sem cobertura do Termo de Fomento, entre as datas de 28/12/2022 a 22/01/2023, encaminhando o processo à Controladoria Geral do Município;

12. **Parecer Controladoria Geral, colacionado à fls. 2911 à 2914 – volume 4, informando em seu item 5 – Recomendações, que, de fato, este procedimento Administrativo não tramitou em sua maneira adequada o suficiente para atender ao pedido formulado à fl. 2901, que é justamente o pedido feito pela sra. Edilene Maria Marcossi, por ofício encaminhado à DCONV, de formalização do Segundo Termo Aditivo**.

Após explanados todos estes fatores que demonstram, com clareza, a irregularidade deste feito, não restam dúvidas que não há que se falar em prorrogação da vigência do Termo de Fomento com a celebração de um novo Termo Aditivo.

Isto porque houveram inúmeras desconsiderações aos pareceres emanados por esta PROJUR, sem respeitar o trâmite legal de um processo administrativo, ignorando a legalidade do feito, que é a primazia das relações públicas.

Não há que se falar em prorrogação, se não há prazo para ser continuado em razão da sua expiração. O Segundo Termo aditivo foi celebrado sem respeitar a regularidade de prestação de contas da OSC aos cofres públicos, mesmo após esta ter sido uma condição imposta por esta Procuradoria, a luz do ordenamento jurídico, para a continuidade do procedimento.

Vejamos o que dispõe o artigo 34, inciso I, alínea b e §4° do Decreto Municipal 6.731/2018, já informado por esta PROJUR em pareceres neste processo.

> Art. 34. esde que não haja alteração do objeto da parceria, o termo de parceria ou o plano de trabalho poderão ser alterados, após solicitação fundamentada pela OSC ou por ela anuída, caso a proposta advier da Administração Pública Municipal, da seguinte forma:
> I - por termo aditivo para:
> a) ampliação ou redução do valor;
> b) prorrogação da vigência;
> [...]
> § 4° Os pedidos de alteração de vigência deverão ser **apresentados com no mínimo 45 (quarenta e cinco) dias corridos antes** do seu término. (grifo nosso)

Resta-se consabido, então, que há prazo legal para a formalização de um novo termo aditivo, não o podendo ser feito à critério da OSC, quiçá podendo ser feito com 15 dias de diferença do prazo final, para que não incorra justamente nesta ocasião, em que a solicitação foi encaminhada ao órgão responsável para sua aprovação no último dia de vigência, sem a observância da juridicidade que o feito exige.

Este prazo existe, justamente, para que qualquer irregularidade no feito seja sanada em tempo hábil, de modo sempre a não prejudicar a parceria com a OSC, tendo em vista o interesse público na prestação do serviço e sua relevância social.

Ainda neste cenário, preconizam os artigos 39, II, da Lei 13.019, e o artigo 57, §2° da Lei 8.666:

> Art. 39. Ficará impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria prevista nesta Lei a organização da sociedade civil que:
> [...]
> II - **esteja omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada**;
>
> Art. 57. A duração dos contratos regidos por esta Lei ficará adstrita à vigência dos respectivos créditos orçamentários, exceto quanto aos relativos:
> [...]
> § 2º Toda prorrogação de prazo deverá ser justificada por escrito **e previamente autorizada pela autoridade** competente para celebrar o contrato.

Nota-se que mesmo após a PROJUR atentar os gestores da parceria sobre prazos e condições para a celebração de novo termo aditivo, não houve sequer a observância à tais requisitos mínimos, o que caracteriza, então, a clara impossibilidade de prorrogação do prazo de vigência do Termo de Fomento nº 03/2021.

Há que se mencionar também que mesmo diante da impossibilidade de prorrogação da parceria, o Segundo Termo Aditivo ainda continua em vigência até dezembro deste ano, e deverá ser procedido com a devida prestação de contas durante sua validade, sob pena de responsabilização por eventuais danos ao erário.

Desta feita, não tendo mais o que complementar a respeito da ilegalidade e descabimento do pedido, entendo **não haver possibilidade legal e jurídica para celebração do presente Termo Aditivo**, haja vista a expiração do prazo do Termo de Fomento nº 03/2021, já observado por esta PROJUR e pela Controladoria Geral do Município.

É o parecer, submeto à apreciação.

Congonhas, 23 de agosto de 2023.

Pereira

Júlia Fernandes Pereira

Procuradora Adjunta

OAB/MG 225.454 – Matrícula 20145376

De acordo.
À DCONV,
para ciência.
01/09/23 6

Guilherme Rios Gonçalves
Procurador Municipal
OAB 123.417

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

PREFEITURA M. CONG. FOLHA 3206 DCONV

Ofício PMC/SEPLAG/DCONV/217/2023
Congonhas, 17 de agosto de 2023

CÓPIA

Ilmo Sr.
Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas - PARC

Prezado Senhor:

Segue em anexo o Relatório de Prestação de Contas das Entidades Beneficiadas com Recursos Financeiros do Município nº 02/2023, referente à análise da prestação de contas do Termo de Fomento nº 03/2021, de fevereiro/2023 e apontamentos das pendências das prestações anteriores que ainda não foram sanadas.

Aguardamos o prazo de 15 dias úteis para a resposta da entidade.

Atenciosamente.

Carla C. Vartuli Cavanellas
Mat. nº 20145204
Diretora de Vigilância em Saúde
SMS - Congonhas-MG

Carla Cavanellas
Gestora do Termo
Secretaria Municipal de Saúde

Otávio A. Miranda
Otávio Miranda
Analista de Prestação de Contas
Diretoria de Convênios e Prestação de Contas
Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

Paola Rossi
Diretora de Convênios e Prestação de Contas
Superintendência de Planejamento e Orçamento
Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão

RECEBEMOS EM 22 / 07 / 2023
Assinatura

Congonhas SAÚDE

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3207 DCONV

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

C.I:PMC/SMS/DVS/93/2023
18 de Setembro de 2023
Da: Diretoria de Vigilância em Saúde
Para: Diretoria de Convênios
Elenilda Egg - Diretoria de Saúde Pública

Assunto: Relatório de cumprimento do objeto do termo de Fomento nº 03/2021 referente aos meses Outubro/2021 a Fevereiro/2023

Prezados(as),

Relatório referente ao cumprimento do objeto, conforme Termo de Fomento nº 03/2021, celebrado entre a Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas - OSC PARC com o município de Congonhas.

O acompanhamento e fiscalização da execução da parceria foi cumprido de acordo com as avaliações das documentações em anexo neste processo.

Durante a execução do objeto não houve irregularidades na gestão de recursos no período referente ao meses de Outubro/2021 a Fevereiro/2023, conforme documentações anexadas.

Os dados da parceria celebrada com a Administração Pública Municipal foram devidamente divulgados bem como a divulgação em meios de comunicação sobre o termo de Fomento de tratamento de animais de rua.

As doações de animais de rua e feiras de adoção são realizadas com os animais devidamente vacinados e contas prestadas dos animais adotados conforme informado por voluntários da OSC PARC e divulgados em rede sociais.

Os resultados e benefícios e impactos econômicos e sociais trazem saúde, tratamento para animais de rua doente através de médicos veterinários oferecendo cuidados especiais para os animais minimizando a disseminação de doenças,

Elenilda Penha Silva Eg
Mat. nº: 0252
Coordenadora de Área
Congonhas/MG

Recebido em 21/09/2023

Congonhas SAÚDE

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3208 DCONV

sofrimento e abandono dos mesmos. Além da educação contínua da população quanto ao bem estar animal e a posse responsável.

Através dos recursos para execução cedido pela SMS, foi possível realizar as ações estabelecidas conforme Plano de trabalho.

A população e voluntários da OSC PARC, assim como todos que lutam pela causa animal se referenciam na OSC PARC, onde é direcionada toda a demanda de animais doentes de rua que necessitam de cuidados.

Sem mais para momento.

Atenciosamente,

Carla C. Vartuli Cavanellas
Mat. nº: 20145208
Diretora de Vigilância em Saúde
SMS - Congonhas/MG

Carla C. Vartuli Cavanellas
Diretora de Vigilância em Saúde

Elenilda Penha Silva Eg
Mat. nº: 0252
Coordenadora de Área
Congonhas/MG

Ana Paula da Cruz Pinto
Mat. nº 00144968
Superint. Mens. Assist. e Promoção
Congonhas/MG

SECRETARIA
SAÚDE

PREFEITURA DE
CONGONHAS
Mais perto para cuidar de você!

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
209
- DCONV -

TERMO DE RESCISÃO AMIGÁVEL
FOMENTO N° 03/2021

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas- PARC, inscrita no CNPJ n° 07.766.906/0001-60 neste ato, representada pelo seu Presidente, Wagner Magalhães de Assis, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 055.917.826-39 e RG 10.336.552, doravante denominada OSC (Organização da Sociedade Civil), e por outro lado, o município de Congonhas, inscrita no CNPJ sob o nº 16.752.446/0001-02, com sede à Praça Presidente Kubstchek nº135, Centro, Congonhas -MG, representado por seu Prefeito Municipal Sr. Cláudio Antônio de Souza, inscrita no CPF sob o nº 314.756.986-15 , vinculando-se ao Termo de Fomento nº 03/2021, sujeitando-se as partes às seguintes cláusulas e condições;

Cláusula Primeira – Do objeto

Com fundamento no art.42, XVI da Lei nº 13019/ 2014 e alterações, as partes acordam a rescisão amigável do Termo de Fomento nº 03/2021, cujo objeto são que os animais de rua doentes ou atropelados serão resgatados por membros da PARC e encaminhados para o Centro de Controle de Zoonoses- CCZ de Congonhas, onde veterinários contratados pela PARC farão consulta, os procedimentos e a internação (se necessária). Se forem necessários exames, como raio-X, ultrassom, hemograma, etc.,serão encaminhados para o local que tiver o menor preço. Se a internação não for necessária ou após, serão levados para o canil/gatil da entidade, afim de terminar o tratamento. Curado, serão castrados e chipados colocados a diponibilidade de adoção. Se não forem adotados, serão soltos no mesmo local em que foram resgatados, ficando rescindido a partir do dia 06 de outubro de 2023, nos termos da Lei 13019/2024.

Cláusula Segunda– Da forma de rescisão objeto

A presente rescisão se realiza em comum acordo entre as partes, sem indenização ou multa, seja a que título for, a qualquer das partes, em razão da conveniência da Administração da OSC, em respeito ao Princípio da Supremacia do Interesse Público.

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
210
- DCONV -

Cláusula Terceira– Quitação Recíproca

Deste ato, as partes dão plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para nada mais reclamarem ou cobrarem a qualquer título, em qualquer juízo ou fora dele, com relação a qualquer direito ao Termo ora extinto.

Cláusula Quarta– Da publicação

Somente produzirá efeitos após a publicação dos respectivos extratos no meio oficial de publicidade da administração pública art. 38 da lei Federal nº 13019/2014 a suas expensas.

Cláusula Quinta– do Foro

Fica eleito o Fora da Comarca de Congonhas, com recusa expressa de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem justos e em comum acordo, ambas as partes, mutuamente assinam o presente instrumento contratual em 03 (três) vias de igual teor e valor e para todos os efeitos legais.

Congonhas, 06 de Outubro de 2023.

Wagner M. Assis

Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas- PARC

Allan Diego Falci
Mat. nº 20144965
Secretário Municipal de Saúde
Congonhas/MG

Allan Diego Falci
Secretário Municipal de Saúde

Diário Oficial Eletrônico
Congonhas - MG

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.211
DCONV

Congonhas, 30 de Outubro de 2023 – Diário Oficial Eletrônico, criado pela Lei municipal Nº 2.900/2009 – ANO 13 | Nº 3295

ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE CONGONHAS

JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA INEXIGIBILIDADE DE CHAMAMENTO PÚBLICO

A Associação Congonhense de Artes - ACART, entidade fundada em 2005 com o objetivo de capacitar e gerar emprego para classe artística de Congonhas e região. Em parceria com o Poder Público vem desenvolvendo através inciativas comunitárias e associativas, atividades culturais, folclóricas, pesquisas voltadas ao desenvolvimento das artes em várias manifestações. Tendo o seu objetivo definido no seu estatuto no art. 2º e suas alíneas de a/z. esportiva, cultural e recreativo, sem fins econômicos e com duração por tempo indeterminado.

No caso de celebração de parceria com a Associação Congonhense de Artes 0- ACART objetivando o repasse de recursos para contribuição, a fim de atender a EMENDA IMPOSITIVA MUNICIPAL, a Legislação Federal não exige a realização de Chamamento Público, uma vez que a parceria se dará em atendimento à obrigatoriedade de cumprir as emendas impositivas elaboradas pela Câmara Municipal.

É o que disciplina a Lei 13.019/2014, conforme transcrito abaixo:

"Art. 29. Os termos de colaboração ou de fomento que envolvam recursos decorrentes de emendas parlamentares às leis orçamentárias anuais e os acordos de cooperação serão celebrados sem chamamento público, exceto, em relação aos acordos de cooperação, quando o objeto envolver a celebração de comodato, doação de bens ou outra forma de compartilhamento de recurso patrimonial, hipótese em que o respectivo chamamento público observará o disposto nesta Lei"(grifo nosso)

Assim sendo, justifica-se a celebração de Termo de Fomento, com a Associação Ciclística de Congonhas inexigindo- se, para tanto, a realização do Chamamento Público.

Sem mais.

Congonhas, 27 de outubro de 2023.

Libertad Lamarque Guerra Souza
Secretário Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social

ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE CONGONHAS

TERMO DE RESCISÃO AMIGÁVEL AO TERMO DE FOMENTO Nº. 03/2021 FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE CONGONHAS E A ASSOCIAÇÃO DOS PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA DE CONGONHAS - PARC

Partícipes: o MUNICÍPIO DE CONGONHAS, inscrito no CNPJ sob o nº. 16.752.446/0001-02, com sede na praça Presidente Kubitschek, 135, Centro, Congonhas/MG, representado por seu Prefeito, Cláudio Antônio de Souza, inscrito no RG Nº M-1.652.882 e no CPF nº 314.756.986-15, e pelo Secretário Municipal de Saúde, Allan Diego Falci, inscrito no RG nº. MG 10634862 e no CPF nº. 078.783.536-62 e do outro lado, a Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas - PARC, inscrita no CNPJ nº. 07.766.906/0001-60, representada por seu Presidente, Wagner Magalhães de Assis, portador do RG MG-10.336.552 e do CPF nº. 055.917.826-39. Objeto: O Termo de Fomento nº 03/2021 fica rescindido a partir do dia 06 de outubro de 2023, com fundamento no art. 42 da Lei nº 13.019/2014. Congonhas, 30 de outubro de 2023. Cláudio Antônio de Souza, Prefeito de Congonhas; Wagner Magalhães de Assis, Presidente da Associação dos Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC.

ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE CONGONHAS

QUINTO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 001/2021, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CONGONHAS E A ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA VIDA NOVA

Partícipes: O MUNICÍPIO DE CONGONHAS, inscrito no CNPJ sob o nº. 16.752.446/0001-02, com sede na praça Presidente Kubitschek, 135, bairro Centro, Congonhas/MG, representado por seu Prefeito, Cláudio Antônio de Souza, inscrito no RG nº M-1.652.882 e no CPF nº 314.756.986-15 e pela Secretária Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social, Libertad Lamarque Guerra Souza, inscrita no RG nº MG 3.182.358 e no CPF nº 475.855.106-59 e a ASSOCIAÇÃO COMUNITÁRIA VIDA NOVA, inscrita no CNPJ sob o nº. 03.794.951/0001-78, com sede na Avenida Governador Bias Fortes, 284, Bairro Lamartine, Congonhas/MG, representada por sua Presidente, Marinete Castro Monteiro, inscrita no CPF nº 796.869.906-15. Objeto: repasse de valor, tendo em vista a implementação de mais uma residência adaptada a necessidades de 05 (cinco) idosas que serão acolhidas, mediante determinação judicial expedida no processo número 500396974.2022.8.13.0180, por se encontrarem em situação de desabrigo por abandono, mantendo as demais cláusulas inalteradas. Valor: R$ 967.926,25 (novecentos e sessenta e sete mil, novecentos e vinte e seis reais e vinte e cinco centavos. Dotação Orçamentária: Órgão: 13. Unidade: 01. Função: 08. Subfunção: 122. Programa: 0027. Atividade: 0.071 – Parcerias com Entidades - SEDAS. 3.3.50.41 – Contribuições (Fonte: 1500 - Ficha: 358) ; 4.4.50.41 - Contribuições (Fonte: 1500 - Ficha: 1035). Congonhas, 30 de outubro de 2023. Cláudio Antônio de Souza, Prefeito de Congonhas. Marinete Castro Monteiro, Presidente da Associação Comunitária Vida Nova.

ESTADO DE MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE CONGONHAS

37º EDITAL DE PUBLICAÇÃO/2023 – JARI/CONGONHAS-MG

EDITAL DE CONVOCAÇÃO DA JUNTA ADMINISTRATIVA DE RECURSOS DE INFRAÇÕES DE CONGONHAS/MINAS GERAIS – JARI/CONGONHAS

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.217
-DCONV-

PARC - TERMO DE RESCISÃO AMIGÁVEL FOMENTO 03/2021

Helisângela Pinheiro Aleixo Pereira <helisangela.pereira@congonhas.mg.gov.br>

Ter, 31/10/2023 14:43

Para:Allan Diego Falci <allan.falci@congonhas.mg.gov.br>;Carla Cristina Vartuli Cavanellas <carla.cavanellas@congonhas.mg.gov.br>;Andréa Venturato Vieira <andreav@congonhas.mg.gov.br>

1 anexos (668 KB)

PARC - T RESCISÃO AMIGÁVEL-FOMENTO 03-2021.pdf;

Prezado Allan, bom dia!

Em anexo, arquivo contendo cópia do Termo de Rescisão Amigável Fomento Nº 03/2021, celebrado entre o Município de Congonhas/MG e a PARC, para ciência e controle.

Atenciosamente,

Helisângela Pinheiro Aleixo Pereira
Diretoria de Convênios
Secretaria Municipal de Planejamento

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
CIDADE DOS PROFETAS

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.213

Ofício 288/2023/PMC/SEPLAG/DCONV
Congonhas, 31 de Outubro 2023

CÓPIA

À Câmara Municipal de Congonhas,

Encaminhamos em anexo, cópia do Termo de Rescisão Amigável FOMENTO Nº03/2021, que celebram entre si a Prefeitura Municipal de Congonhas/MG e a Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas -PARC, para ciência e controle.

Atenciosamente,

Paola Rossi de Oliveira
Diretora de Convênio e Prestação de Contas
Secretaria de Planejamento e Gestão

RECEBIDO

Câmara Municipal de Congonhas
PROTOCOLO GERAL 3691/2023
Data: 07/11/2023 - Horário: 07:11
Legislativo

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
214
DCONV

RELATÓRIO DE CUMPRIMENTO DO OBJETO

Congonhas, 26 de julho de 2023

A Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC, CNPJ nº 07.766.906/0001-60, criada em 7 de agosto de 2005 como uma organização não governamental de direito privado, atualmente designada Organização da Sociedade Civil – OSC, de caráter filantrópico e assistencial de proteção aos animais, sem fins lucrativos, com sede na rua Delfina Santos Corrêa, 173, Cristo Rei, Congonhas/MG, declara que, na execução do objeto do Termo de Fomento nº. 03/2021 e Segundo Termo Aditivo, no Centro de Castração de Animais São Francisco de Assis – CCA, inaugurado em 19 de dezembro de 2022, cujo propósito é o atendimento e castração dos animais de rua e de pessoas de baixa renda, houveos atendimentos a seguir descritos.

Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.215
DCONV

DEZEMBRO de 2022 – de 19 (inauguração) a 31

TOTAL DE ANIMAIS ATENDIDOS = 33
CACHORRO MACHO = 11
CACHORRO FÊMEA = 7
GATO MACHO = 10
GATO FÊMEA = 4
1 POMBO
APENAS CONSULTA = 8
INTERNAÇÃO = 25
ANIMAIS C/ TUTOR ATENDIDOS = 4
CACHORRO MACHO = 2
CACHORRO FÊMEA = 2
GATO MACHO = 0
GATO FÊMEA = 0
ANIMAIS S/ TUTOR ATENDIDOS = 29
CIRURGIASDIVERSAS= 3
CACHORRO MACHO = 0
CACHORRO FÊMEA = 2 (S/ TUTOR)
GATO MACHO = 1 (S/ TUTOR)
GATO FÊMEA = 0
CIRURGIAS DE CASTRAÇÃO = 3
CACHORRO MACHO = 3 (S/ TUTOR)
CACHORRO FÊMEA = 0
GATO MACHO = 0
GATO FÊMEA = 0

Declaramos que o CCA foi inauguradoem 19 de dezembro de 2022 mas ainda faltavam medicamentos e equipamentos para que funcionasse plenamente. As castrações começaram a ser feitas somente em animais machos porquetambém faltava adquirir o cilindro de oxigênio para a castração de fêmeas.

Wagner Magalhães de Assis
Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.216 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 1 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Kenzo, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preto

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 19/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Via do canil
Motivo do recolhimento: Diarreia

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Diarreia

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, diarreia, pó pelo eutanásia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/12/22	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 19/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Eutanásia

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela do recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 1.217

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 2 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- **Nome do animal:** Tomy, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: -

2- **Dados sobre a captura do animal:** Data do recolhimento: 19/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bom sucesso
Motivo do recolhimento: Fratura de pelve

3- **Procedência do animal:** ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Fratura de pelve

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.200, Fratura de pelve, pós a data em 22/12/22

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/12/22	consulta e internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 22/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta ao abrigo em 23/12/22

Mabillay Amanda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.218

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 3 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Diana, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pit bull
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo com traços brancos

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/12/2022
Nome do responsável pela captura: Geraldo Rogério
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Av Sebastião / Lobo leite
Motivo do recolhimento: não se alimentava do lugar

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Apareceu em uma fisma e ficou

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Sem condições financeira para a consulta

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 27 kg, diagnóstico final (Sinomose)

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
21/12/22	consulta + Internação	12 dias
a		
02/01/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Prednisolona 20 mg	1/2 ao dia	21/12/22 a 28/12/22 (7 dias)
Epicepom	10 ml a cada 12h	21/12/22 a 31/12/22 (10 dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 02/01/2023
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para o fisma

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 219

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 4 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Maiara, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 21 / 12/2022
Nome do responsável pela captura: Thiago Laurentino (proprietário)
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Sítio Barro Preto
Motivo do recolhimento: cachorro estava preso

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tem proprietário (mora em um sítio)

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: cachorro aparentemente muito preso

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: **Peso:** 11kg , diagnóstico final (anemia)

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
21/12/22	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 21 / 12 / 22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): devolta para casa

Isabella Gonçalves Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.220

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 5 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pinguinha, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo com mancha e focinho branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/12/2022
Nome do responsável pela captura: vanderlei do omg
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Cadeirinha da UPA
Motivo do recolhimento: inflamação no dente

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: cadela de Rua

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 13 kg, inflamação no dente

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
22/12/22	consulta, internação e extração de um dente / cirurgia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 22/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para a UPA

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.221

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 6 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bonquinho, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Todo Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei do ong
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: apresentando sarna

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil da PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: está com sarna

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4.300, sarna

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
22/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)			
Ivermectina/clorsulamato 500mg	1/4 a cada 12 hrs	22/12/22	a	29/12/22	(7 dias)
Ivermectina	1/6 a cada 3 dias	26/12/22	a	/ /	(25 dias)
Prednisolona 20mg	1/4 a cada 24 hrs	26/12/22	a	29/12/22	(3 dias)
		/ /	a	/ /	(dias)
		/ /	a	/ /	(dias)
		/ /	a	/ /	(dias)
		/ /	a	/ /	(dias)
		/ /	a	/ /	(dias)
		/ /	a	/ /	(dias)
		/ /	a	/ /	(dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA ... CONGONHAS FOLHA 3.227

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 7 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Naruto, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei Yom
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Guardiões do mundo animal / Rangel José Diogo
Motivo do recolhimento: Apresentando espirrinhos

3- **Procedência do animal:** ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: animal de rua com espirrinhos

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: *Sintomas/quadro geral do animal:* Peso: 4 kg, espirrinhos

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/12/22	Imunoção	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Meloxicam gel	1 capsula	23/12/22 a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vai para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 223 MP - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 8 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Lindinha, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: rajada

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei e Yon
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: diarreia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Situação de rua com diarreia

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.300, diarreia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/12/22 a 30/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dedacort (via subcutânea)	0,5 ml 1 vez ao dia	23/12/22 a 30/12/22 (7 dias)
Enrofloxacina	0,5 ml 1 vez ao dia	23/12/22 a 30/12/22 (7 dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
mistura dos dois medicamentos em uma mesma seringa para aplicar		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Para o canil

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.224 HP

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 9 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Felin, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei e Yan
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Recepção da clínica Amanda Animal / Recanto Praia
Motivo do recolhimento: Espirrando

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal de rua com espirrando

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4 kg, apresentando espirrando

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Meloxicam	1 capsula	23/12/22 a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vai para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3-225 CONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 10 /20 22

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rajado, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Cinza rajado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Sana Xpto do Cisco / Cristo Rei
Motivo do recolhimento: Ferido e separado

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Sana Xpto do Cisco

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Apareceu na Sana Xpto muito fraco e com ferida na pata traseira

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.900, Fraco e com ferida na pata e separado
Veio a óbito 26/12/22

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)	
Ringer com Pomada Veterinária	Aplicar de 12 em 12 hrs até a melhora	23/12/22 a / /	(X dias)
		-/-/- a / /	(dias)
Enrofloxacino	0,3 ml 1 vez ao dia	23/12/22 a / /	(7 dias)
Dipirona	0,5 ml 1 vez ao dia	23/12/22 a / /	(7 dias)
Hemolitan	5 gotas 12 em 12 hrs	23/12/22 a / /	(30 dias)
Multipasta veterinário	1,5 ml a cada 2 dias até a melhora e alimentação	23/12/22 a / /	(X dias)
		-/-/- a / /	(dias)
		-/-/- a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Óbito veio a óbito 26/12/22

Isabella G. Arruda Pereira
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.296

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 11 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Cachuchinha, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** Pit bull
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/12/2022
Nome do responsável pela captura: maeva
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Profeta
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário de baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: foi atropelada e o dono não tem condições de pagar consulta.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 18kg, Momento Ulcerado olhos, pata da frente esquerda

2- Lista dos procedimentos e *medicamentos utilizados.*

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/12/22	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
X		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para a casa

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.227 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 12 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nina, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Tiradentes
Motivo do recolhimento: Situação de rua e foi atropelada

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: foi atropelada e teve que amputar a pata

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 8,9 kg, foi realizado a cirurgia de amputação do membro

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/12/22	consulta, vacinação e cirurgia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripocina	aplicar 1 vez ao dia	23/12/22 a 01/01/23 (10 dias)
Meloxicam 2mg	1/2 comprimido pela dia	23/12/22 a 28/12/22 (5 dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 25/12/2022
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ficará no canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.298 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 13 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Irene Irene, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Silvia Maria Marconi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rodoviária
Motivo do recolhimento: Ferida na pata

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Situação de rua com uma ferida na pata

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 19,9 , ferida na pata

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 26/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para a rodoviária

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.229 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 14 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nado, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Wanderlei da ong
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): centro
Motivo do recolhimento: atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Situação de rua e foi atropelado

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.300, fraturado e deslocou a mandibula, foi a cirurgia mas veio a obito dia 28/12/22

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Internação e cirurgia	
28/12/22		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Veio a obito

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.230

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 15 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rainha, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Tigrado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Veio do canil
Motivo do recolhimento: Esporotricose

3- Procedência do animal:) canil municipal ( ) rua Outro: Canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Veio do canil tratar da esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 5kg, Esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Itraconazol / uso continuo	1 capsula por dia	26/12/22 a -/-/- (x dias)
Hyp Vet / "	1 ml	06/01/23 a -/-/- (x dias)
Iod potassio / "	1 capsula	06/01/23 a -/-/- (x dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Isabella G. Miranda Marques
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. C. CONGONHAS
FOLHA
3.231
DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 16 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pituca, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco e Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: Esporotricose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Rua do canil tratar da esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 5kg, Esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Fluconazol / uso contínuo	1 cápsula por dia	26/12/22 a -/-/- (X dias)
Hepvet / "	1ml	06/01/22 a -/-/- (X dias)
Iodeto de potássio / "	1 capsula	06/01/22 a -/-/- (X dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Rosilda G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.232 -DCONV-

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 17 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Branca, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: toda branca, olho azul

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei de Oliveira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua da Igreja
Motivo do recolhimento: Esporotricose

3- Procedência do animal: (canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Veio do canil para tratar da esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 5kg, Esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Cetoconazol	1 capsula por dia	26/12/22 a -/-/- (X dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 13/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o canil

Rosabella G. Arruda Medeiros
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3233

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 18 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Laila, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** Pinscher
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Maria Helena
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Complemento Rua Rei
Motivo do recolhimento: Está com uma ferida

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietária baixa renda

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Está com uma ferida na orelha

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, Cansaço na orelha

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Consulta + pedido de internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 26/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para a casa do proprietário

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.234 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 19 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Salem, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/12/2022
Nome do responsável pela captura: Wanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Veio do canil
Motivo do recolhimento: Esporotricose

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Veio do canil tratar de esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 5kg, Esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)	
Itraconazol / uso continuo	1 capsula por dia	26/12/22 a -/-/-	(X dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar pro canil / Foi colocado

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.335 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 20 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pintadinha, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto, amarelo e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/12/2022
Nome do responsável pela captura: Taci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Praia
Motivo do recolhimento: Visivelmente, apresentando paralisia na parte traseira.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Situação de rua, foi atropelado e apresentando paralisia na parte traseira

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4.300, Paralisia na parte traseira. Veio a óbito no mesmo dia.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
27/12/22	Consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Veio a óbito

Isabella G. Arruda Pinheiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3236 - DCONV - CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 21/2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Sid, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Rajado com vinza

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/12/2022
Nome do responsável pela captura: Kati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro):
Motivo do recolhimento: Bicheira na pata

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Situação de rua, com bicheira na pata.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.300, Bicheira na pata.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
27/12/22	consulta e internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Nitroxinazol	1 capsula ao dia	27/12/22 a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vai para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

3.237 HP DCONV CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 22 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Diana, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Rajado com branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/12/2022
Nome do responsável pela captura: vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Profeta
Motivo do recolhimento: Bichano uma orelha

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: situação de rua, com bichano uma orelha

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.400, Bichano uma orelha.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
27/12/22	Consulta e internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltará p/ casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS FOLHA 3.238 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 23 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Neguinho, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** Pinscher
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 28/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila do canil
Motivo do recolhimento: Encaminhado sangue.

3- **Procedência do animal:** (canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Veio do canil para clínica encaminhado sangue

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: **Peso:** 6Kg, Diárreia.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
28/12/22	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.239 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 24 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- **Nome do animal:** Judith, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: marrom

2- **Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento:** 29/12/2022
Nome do responsável pela captura: Edilene Maria Marcossi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Joaquim Martinho
Motivo do recolhimento: foi atropelada

3- **Procedência do animal:** ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Situação de rua, foi atropelada na BR

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: **Peso:** 11.000, foi atropelada, sem fratura

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
29/12/22	Internação, exame e Raio X	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)	
Dipirona 500mg/ml	0,6 subcutânea 2x ao	29/12/22 a 06/01/23	(x dias)
Dexametasona 2mg/1ml	1ml por dia / dia	29/12/22 a 06/01/23	(x dias)
Meloxicam 2mg	1/2 comprimido por dia	06/01/23 a -/-/-	(- dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 06/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para Joaquim Martinho

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
FOLHA
3.240
DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 25 22

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bianca, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beco do canil
Motivo do recolhimento: castrar

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castrar

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
29/12/22	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Rifocina	2 vezes ao dia	-/-/- a -/-/- (- dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 29/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): voltar para o canil

Isabella Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.241 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 26 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Filequinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/12/2022
Nome do responsável pela captura: Amelia Santana Fidelis
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua José Moreira 417 Jardim Profeta
Motivo do recolhimento: Suspeita de sinomose, falta de equilibrio

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário bairro verde

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Proprietario bairro verde, sds com suspeita de sinomose, falta de equilibrio.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4.600, falta de equilibrio.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
29/12/22	consulta e exames (hemograma e dimorfo IGM)	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Diazepan	—	29/12/22 a -/-/- (- dias)
Ceno	—	29/12/22 a -/-/- (- dias)
Lacpan	—	29/12/22 a -/-/- (- dias)
Fenobarbital	—	29/12/22 a -/-/- (- dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 29 / 12 / 22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para casa do proprietario.

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.242 - DCONV - CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 27 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pituxa, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Caramelo claro

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei da ong
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Veio do canil
Motivo do recolhimento: Sarna

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Veio do canil para tratar de sarna. que já foi tratada e mas melhora.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso:_____, Sarna

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
29/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ivermectina	1/2 comprimido	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
Ômega 3	1 capsula	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
Amoxicilina	1/4 comprimido	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
Dipirona gotas	1 capsula	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.243 MP -DCONV-

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 28 '2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Duque, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Preto e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 29/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beira do canil
Motivo do recolhimento: Doença

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Beira do canil Tratar do doença que ja foi tratado e mas melhora a uma tempo

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso:_____, Doença

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
29/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dipirona	1 Comprimido 1x	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
Omeprazol	1 Capsula 1x	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
Amoxicilina	1 Comprimido 1x	29/12/22 a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/_____
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Isabella G. Miranda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.244 DCNV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 29 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Branquinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Branco peludo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beco do canil
Motivo do recolhimento: castrar

3- Procedência do animal: (, canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castrar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
30/12/22	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripacima	2 vezes ao dia	-/-/- a -/-/- (- dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.245 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 30 /2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- **Nome do animal:** Geraldinho, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: peludinho

2- **Dados sobre a captura do animal:** Data do recolhimento: 30/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila do canil
Motivo do recolhimento: castrar

3- **Procedência do animal:** (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: vai castrar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
30/12/22	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
X	X	-/-/- a -/-/- (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.246 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC

FICHA Nº: 31 /22

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Duck, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pitbull
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marrom e traços brancos.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro
Motivo do recolhimento: Vários bernes

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Bicho com vários bernes

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: -, Bernes

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
30/12/22	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/12/22
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ficará para o tratamento

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 104/2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pombo, Espécie: (—) cão / (—) gato, Raça: —
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (–) curta / (–) longa.
Cor e características marcantes: —

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/12/2022
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): proximo ao centro
Motivo do recolhimento: Asa machucada

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: —

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Asa machucada

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: —, Asa machucada

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
28/12/22	Internação	
15/01/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 15/01/
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Solta no Mirante

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.248
DCONV

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

cha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS:: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 3/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon imais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh ela OSC PARC.

CHA Nº: 166 /2022

IENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I NCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Poncho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Poodle
exo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/12/2022
ome do responsável pela captura: Vanderlei
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Santa Mônica
lotivo do recolhimento: com miíase nas costas

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: com miíase nas costas

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q eral do animal: Peso: 7kg com miíase nas costas

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
19/12/22	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Adotado

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.249
- DCONV -

JANEIRO de 2023

TOTAL DE ANIMAIS ATENDIDOS = 76

CACHORRO MACHO = 33

CACHORRO FÊMEA = 18

GATO MACHO = 17

GATO FÊMEA = 7

1 GAVIÃO

APENAS CONSULTA = 27

INTERNAÇÃO = 49

ANIMAIS C/ TUTOR ATENDIDOS = 17

CACHORRO MACHO = 6

CACHORRO FÊMEA = 5

GATO MACHO = 6

GATO FÊMEA = 0

ANIMAIS S/ TUTOR ATENDIDOS = 59

CIRURGIAS DIVERSAS = 4

CACHORRO MACHO = 0

CACHORRO FÊMEA = 2 (C/ TUTOR) – 1 (S/ TUTOR)

GATO MACHO = 1 (S/ TUTOR)

GATO FÊMEA = 0

CIRURGIAS DE CASTRAÇÃO = 21

CACHORRO MACHO = 10 (S/ TUTOR) – 2 (C/ TUTOR)

CACHORRO FÊMEA = 0

GATO MACHO = 6 (S/ TUTOR) – 2 (C/ TUTOR)

GATO FÊMEA = 1 (S/ TUTOR)

Wagner Magalhães de Assis

Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.950 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 32 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pretinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto com marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/01/2023
Nome do responsável pela captura: Cordeiro
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: Castrar

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castrar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 30 Kg, Castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
09/01/23	Cirurgia de Castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ringerinho	60ml por dia	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o canil municipal

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3-251 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 33 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Lady, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: [illegible]

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 08/03/2023
Nome do responsável pela captura: [illegible]
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): [illegible]
Motivo do recolhimento: [illegible]

3- Procedência do animal: (X canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

[illegible]
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 19.900, [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
08/03/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
Tapervet	2 vezes ao dia	-/-/- a -/-/- (- dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 08/03/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): volta para o canil

[illegible]
Assinatura do Médico Veterinário

[illegible]
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.952 DCONVIZADA

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será convizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 341 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pipoca, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vereadora
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Ubaldino
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 6,300, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
09/01/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripercino	2 Injeção dia	-/-/- a -/-/- (- dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): devolução para o local

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.263 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N°: 25 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nadia, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marrom.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/01/2023
Nome do responsável pela captura: Zaíz
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Belo Vale
Motivo do recolhimento: Cahorro, animal agressivo, ataca

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animais de rua e Cahorro, animal agressivo, ataca

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 15kg, Cahorro, uma pata a menos e otite uma semana dia.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
09/01/23	Consulta + vacinação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta o abrigo dia 09/01/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.254 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 36 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pipoca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pitbull
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/01/2023
Nome do responsável pela captura: Brasil
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila Rica
Motivo do recolhimento: Ferido em pata de trem

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atropelo de trem e animal encontrado ferido grande na pata traseira

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 14,400, ferido na pata traseira

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
09/01/23	Amputação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para onde estava

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.253 - DCONV - PREFEITURA DE CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 37 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pérola, **Espécie:** (x) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (x) fêmea / ( ) macho, **Porte:** (x) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (x) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marrom claro

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 09/01/2023
Nome do responsável pela captura: _____
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Alto Alegre
Motivo do recolhimento: Animal com ferida no pé

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (x) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (x) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal de rua, levado com ferida no pé.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4,6 kg, Animal lúcido apresentando

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quanti ativo
09/01/23	Ferimento	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para o abrigamento

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 756 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 38 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rafael, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marrom caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/01/2023
Nome do responsável pela captura: Agnaldo
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: recolhe

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil IPKE

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castrar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 19 kg, castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
03/01/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ketamina	2 ml/kg via oral	__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.250

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 39 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Mel, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marrom.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/04/2023
Nome do responsável pela captura: Jardiel
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do comércio
Motivo do recolhimento: Rotina

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 10 x kg, castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
03/04/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Rapiniq	1 via 12 em 12 dias	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/04/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): volta pro canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 258

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 40 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Chiquinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto com caudo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei do Eng
Local do recolhimento (nome da rua e bairro):
Motivo do recolhimento: Estava vomitando e caudo

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário do bairro caudo

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Estava vomitando e caudo que precisa operar (problemas mamários)

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 9100, Foi diagnosticado com caudo

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
03/01/23	Anestesia + cirurgia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
dipirona	1/2	03/01/23 a / / (dias)
amoxicilina	1/2	03/01/23 a / / (dias)
meloxicam 2mg	1/2	03/01/23 a / / (dias)
Tramal	aplicar 1 mg/kg	03/01/23 a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 04/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o proprietário

Natalia G. Nogueira Medeiros
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.259
-DCONV-

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº. 41 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bono, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Rottweiler
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vereador
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rodoviário
Motivo do recolhimento: Abrigo vendo - encaminhado

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Propriedade bairro Jardim

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Chegou no C.C.A com parecer Abrigo vendo - encaminhado

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: ____, Cão macho adulto com parecer Abrigo vendo - encaminhado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
03/01/23	Encaminhado ao CCA	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta p/ abrigo em 03/01/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.960 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 42 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Ronaldo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: amarelo.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 04/01/2023
Nome do responsável pela captura: Jonatas
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beco de Ronaldo
Motivo do recolhimento: Condição.

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Condição

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 9,700, Condição

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
04/01/23	Biopsia de Condição	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dipirona	2 vezes ao dia.	-/-/- a -/-/- (- das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 04/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar ao local de origem

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.261

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N 43 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pecinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Marrom e preto.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 04/04/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua São José
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 35kg, corado.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
04/04/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
Meloxicam	2 vezes ao dia	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 04/04/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Casa do tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.269 - DCONV - CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 44 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Velhinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 04/01/2023
Nome do responsável pela captura: Tatiane
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Rosa Emilia
Motivo do recolhimento: Ferido com objeto

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Cuidados de rua com ferida aparente com objeto.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 16.900, Ferida com bicheira / verme e óbito

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
04/01/23	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Cefepima	10 ml por dia	04/01/23 a -/-/- (dias)
Nimesulida	30 gotas por dia	04/01/23 a / / (dias)
Meloxicam	1/4 por dia	04/01/23 a / / (dias)
Dipirona	1 comprimido	04/01/23 a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 11/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vivo e viu em 11/01/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3263

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N° 45 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Duda, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** Poodle
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** ( ) curta / (X) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 05/01/2023
Nome do responsável pela captura: Cida Aparecida da Silva
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Rosario
Motivo do recolhimento: Animal veio machucado, sangrando

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Bairro Rosario.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Proprietário do Bairro Rosario, veio com animal machucado, sangrando muito.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4,600, Animal veio sangrando

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
05/01/23	Ecografia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 05/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS – FOLHA 264 – DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 40 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rubi, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 05/01/2023
Nome do responsável pela captura: [illegible]
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Fazendão
Motivo do recolhimento: Cão com [illegible]

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal de rua, apto [illegible]

[signature]
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 18.500, Apto [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantativo
05/01/23	Consulta retorno (Hemograma)	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 05/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para onde [illegible]

[signature]
Assinatura do Médico Veterinário

[signature]
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

3.265 HP SAS - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 47 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Cachorrinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Marrom caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 05/01/2023
Nome do responsável pela captura: PMC
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Morro do
Motivo do recolhimento: Animal de rua ou errante

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal de uma pessoa abaixo da renda, aparentemente sem ter onde cair morto ou vivo

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 29,100, Desidratação grave

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
05/01/23	Atendimento + Internação + Soro X	
09/01/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dipirona 500 mg	1 comprimido 12 em 12	09/01/23 a 18/01/23 (10 dias)
Omeprazol 20 mg	1 comprimido 12 em 12	09/01/23 a 09/02/23 (30 dias)
Tramadol 100 mg	1 comprimido 12 em 12	09/01/23 a 18/01/23 (10 dias)
Ciclofosfamida 300 mg	1 comprimido cada (uso veterinário)	09/01/23 a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ficará no canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3.266
DCONV

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 48 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nego, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/01/2023
Nome do responsável pela captura: Taci e Yom
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Papa, Campos Gerais
Motivo do recolhimento: Animal muito agressivo dos vizinhos

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: Fazenda dos agregados do proprietário

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal de rua, pesando aproximadamente de 40,9 kg sem dono ou proprietário

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

---

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 38,3kg, Animal em boas condições e pesando 40,9 kg

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
06/01/23	Consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dipirona 500mg	1 comprimido 8 em 8	06/01/23 a --/--/-- (-- dias)
Meloxicam 7,5 mg	1/2 comprimido	06/01/23 a __/__/__ (__ dias)
Cefalexina	1 comprimido picado	06/01/23 a __/__/__ (__ dias)
Dexametasona 1,5 mg	1 comprimido picado	06/01/23 a --/--/-- (__ dias)
Ivermectina 20 mg	1 comprimido picado	06/01/23 a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 11/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Animal ficará para adoção

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.269 MP DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 49 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bobino, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marrom e branco.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/1 /2023
Nome do responsável pela captura: Kati / Tiago
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Lindo
Motivo do recolhimento: Latindo e ganindo muito

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Proprietário baixa renda, cão com tártaro e ganindo muito

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 30 kg, Cão com grande tártaro, sem dentes em inadequado estado de higiene e saúde bucal.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
09/01/23	Consulta.	
10/01/23	Cirurgia de remoção de dente	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Amoxicilina + Clavulanato 500mg	1/2 comp. 12 em 12hs	09/01/23 a 16/01/23 (7 dias)
Tramal	1 comp. 1x ao dia	09/01/23 a 19/01/23 (10 dias)
Meloxicam 2mg/ml	1/2 comp. 1x ao dia	09/01/23 a 16/01/23 (7 dias)
	1/4 comp. 1x ao dia	17/01/23 a 31/01/23 (5 dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 20/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para a casa do proprietário

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.268

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 50 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Vinho, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Branco e preto

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 10/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vera
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Boa Vista
Motivo do recolhimento: Abandono

3- **Procedência do animal:** ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração macho, Abandono, Animal em [illegible]

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 20,00 , Abandono

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
10/01/23	Castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o local

[illegible]
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 269 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 5 / 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pandi, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preto e amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 30/01/2023
Nome do responsável pela captura: PARC
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila São Basílio
Motivo do recolhimento: Abandono

3- **Procedência do animal:** (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal encaminhado pelo protocolo

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 1 Kg

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
30/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta ao local de origem

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.240 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomer 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonos animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda er caminhad pela OSC PARC.

FICHA Nº: 52 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PEL ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PEL RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nicole, Espécie: ( ) cão / (x) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (x) macho, Porte: ( ) pequeno / (x) médio / ( ) grande, Pelagem: (x) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Rajado com cinza

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Profeta.
Motivo do recolhimento: castrar.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (x) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ø animal vai ao CCA vacinado, vermifugado, bichado, castrado

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.900, Normal.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
27/12/22	consulta + vacinação	
10/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripeverm	2x ao dia	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): __/__/__
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s):
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s):

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.977

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 53 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nina, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Amarelinha.

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 10/01/2023
Nome do responsável pela captura: Fato
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Barro Boa Vista
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Sinais de rua, pé inchado, pelos ao redor, Temperatura axilar abaixo de 33°, fratura de coluna

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: **Sintomas/quadro geral do animal:** Peso: 1,200, Fratura de coluna, pé inchado, pelos ao redor, sintomas pós traumatismo. Vivo e alerta em 11/01/23

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
10/01/23	Consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dipirona via endovenosa	0,5 ml em 12 em 12 horas.	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 11/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vivo e alerta em 11/01/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.223
DC.SMS

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 51 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Caramelo, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 19/01/2023
Nome do responsável pela captura: Patrícia Vieira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Tijuca
Motivo do recolhimento: [illegible]

3- **Procedência do animal:** ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: [illegible]

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: **Sintomas/quadro geral do animal:** Peso: 11 kg, [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
31/01/23	consulta + perda de unhas.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
[illegible]		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- **Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s):** 31/01/23
4- **Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s):** CCA
5- **Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s):** Volta para onde foi encontrado

_____
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.293 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Foment 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhado pela OSC PARC.

FICHA Nº: 55 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nero, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: X

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/01/2023
Nome do responsável pela captura: José Carlos de Paula
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Fonseca
Motivo do recolhimento: Tumor de Mama

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Residência Cristo Redentor

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Tumor de Mama

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 33 Kg, Tumor de Mama.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 19/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.274 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomen 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonose animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhad pela OSC PARC.

FICHA Nº: 56 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PEL ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PEL RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pitoco, Espécie: ( ) cão / (x) gato, Raça: SRD
Sexo: (x) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (x) médio / ( ) grande, Pelagem: (x) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Pintado de preto branco e vermelho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/01/2023
Nome do responsável pela captura:
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Rodoviário
Motivo do recolhimento: Maus tratos

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (x) rua Outro:

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (x) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Maus tratos

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3,900 , bom

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Levamectina		__/__/__ a __/__/__ (dias)
Prednisolona		__/__/__ a __/__/__ (dias)
Ranitidina		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 19/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): C.C.A
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para onde estava

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3215 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 57 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Luna, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Preto, Olho amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/1/2023
Nome do responsável pela captura: Gisele
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Murinho
Motivo do recolhimento: Abandono (?)

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Abandono (?)

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 2.600, Abandono (?)

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/1/23	Consulta.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 19/1/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para onde foi resgatado

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.226 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 58 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bruno, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: pelo Marron com branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/01/2023
Nome do responsável pela captura: Wanderlei e Gil
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vale dos Reis
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atropelado, corpo debilitado

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 12Kg, desidratado, com parasitas

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Meloxicom	1 comprimido ao dia.	19/01/23 a 19/01/23 (7 dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 19/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.297 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 59 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Marron, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: marron

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/11/2023
Nome do responsável pela captura: Julio
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Aeroporto
Motivo do recolhimento: animal de rua

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: animais de rua com demanda já marcada

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 9 kg, saudável

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/11/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 19/11/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para rua

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PRI 3278 10 CONGONHAS -DCONV-

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 60 /20

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: _____, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: / /20
Nome do responsável pela captura: _____
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): _____
Motivo do recolhimento: _____

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: _____

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: _____, _____

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
13/01/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): / /
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): _____
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): _____

_____
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

_____
Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PRI FOLHA 3.269 DCONV CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomen 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonose animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhad pela OSC PARC.

FICHA: 61 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PEL ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PEL RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rex, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (x) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/03/2023
Nome do responsável pela captura: Joaquim Ramos
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua [illegible]
Motivo do recolhimento: Preso em poste

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Propriedade particular

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Preso no poste

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: Bom; Suspeito - a [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
13/03/23	consulta + [illegible]	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 13/03/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Liberado para propriedade

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela do recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS – FOLHA 3.280 – DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 63 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rebeldinho, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marrom e bronco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/01/2023
Nome do responsável pela captura: Jovani de Paula
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rio Verde II
Motivo do recolhimento: Emagrecimento, fraqueza, falta de alimentação

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário desconhecido

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário; ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Emagrecimento, fraqueza, falta alimentação

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 2,9 Kg, Não está alimentando e com hemoparasitose, emagrecimento e fraqueza.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
	Consulta + coleta de sangue, hemograma, biquimico + fio e pino.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Soro Metronidagol 250mg Meloxicam Aplicar via oral	1 dia 1/2 1 vez dia 5 vezes 1 vez dia Imidocarb em 30ml de soro 1 vez de 15 em 15 dias	13/01/23 a 13/01/23 (1 dias) 13/01/23 a 20/01/23 (7 dias) 13/01/23 a 02/01/23 (20 dias) __/__/__ a __/__/__ (__ dias) 13/01/23 a __/__/__ (__ dias) __/__/__ a __/__/__ (__ dias) __/__/__ a __/__/__ (__ dias) __/__/__ a __/__/__ (__ dias) __/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para sua propriedade

Isabella G. Ferreira Monteiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.281 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomen 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonose animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhad pela OSC PARC.

FICHA Nº: 63 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PEL ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PEL RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Thor, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Rottweil
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Branca

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do asfalto
Motivo do recolhimento: Pequenos ferimentos e dermatite grave

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Pequenos ferimentos e dermatite grave

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 12,900, Muitos ferimentos e dermatite grave

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	Consulta veterinária	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Cefalexina 400mg Dipirona 500mg Meloxicam 15mg Soro e Banho	1 comprimido 1/4 de onde 24 hs Atenção pelo banho	23/01/23 a 30/01/23 (8 dias) - / - / - a - / - / - (- dias) 23/01/23 a 05/02/23 (13 dias) - / - / - a - / - / - (- dias) ___/___/___ a ___/___/___ (___ dias) ___/___/___ a ___/___/___ (___ dias) ___/___/___ a ___/___/___ (___ dias) ___/___/___ a ___/___/___ (___ dias) ___/___/___ a ___/___/___ (___ dias) ___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Adoção e retorno

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.287 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhado pela OSC PARC.

FICHA Nº: 64 /20[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: [illegible], Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: [illegible]
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: [illegible]

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/03/2023
Nome do responsável pela captura: [illegible]
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): [illegible]
Motivo do recolhimento: [illegible]

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: [illegible]

[illegible]
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: _____, [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
13/03/23	[illegible]	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): [illegible]

[illegible]
Assinatura do Médico Veterinário

[illegible]
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.283 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 65 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Puxa, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: Castrar

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castrar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4 kg, Castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/01/23	Castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripercinal	—	-/-/- a -/-/- (- dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/01/23
- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (1ª parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.984

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 03/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 66 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Apolo, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marron e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.7 kg, castrado.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripocine	—	__/__/__ a __/__/__ (— dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.285

ha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a
lização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento
1/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses,
mais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados
a OSC PARC.

CHA Nº 69 /2023

ENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO
ICAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO
SPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Rato, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Shitzu
xo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
or e características marcantes: peludo

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/01/2023
ome do responsável pela captura: vanderlei
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
otivo do recolhimento: Passeio

Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Passeio

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro
eral do animal: Peso: 6,2 Kg Passeio

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/01/23	Passeio	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Rifocina	—	-/-/- a -/-/- (- dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): Sala para o canil
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para o Tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

3 216 - DCONV - SAS

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 63 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSAVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nadia, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: preto, branco e cinza

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/01/2023
Nome do responsável pela captura: voluntário
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.3 kg, castrada

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripercine	—	__/__/__ a __/__/__ (— dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DOC. FOLHA 3.281 H.P

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será custeada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 69 /20[illegible]

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: [illegible], Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/1/2023
Nome do responsável pela captura: [illegible]
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): [illegible]
Motivo do recolhimento: [illegible]

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: [illegible]

[illegible]
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: [illegible]

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/1/23	[illegible]	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/1/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): [illegible]

[illegible]
Assinatura do Médico Veterinário

[illegible]
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.288 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 70 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bob, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco com Marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vilmara
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua [illegible]
Motivo do recolhimento: Não estava se alimentando, vomito e diarreia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Residência [illegible]

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Não estava se alimentando, vomito e diarreia

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 16.300, Vomito e diarreia, perda de alimento

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/01/23	Consulta especializada de rotina, vermifugação e medicação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
Metronidazol	-	-/-/- a -/-/- (dias)
Omeprazol	-	-/-/- a -/-/- (dias)
Epocler	-	-/-/- a -/-/- (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o local de origem

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (1 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.289 40 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 71 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: [illegible], Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/03/2023
Nome do responsável pela captura: Zoonoses
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Dr. Mário Moreira
Motivo do recolhimento: Encaminhado p/ Bom Atendimento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Encaminhado p/ Bom Atendimento

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 9,300 kg, Animal idoso, pelagem e dentes com tártaro. Vacinado em 27/03/2023

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
16/03/23	Consulta + Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/03/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): [illegible]

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.290 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 7 2 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nino, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Rajado cinza

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 18/01/2023
Nome do responsável pela captura: Ilana
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Tijuca
Motivo do recolhimento: Suspeito de esporotricose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Suspeito de esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 2.900, Suspeito de esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
18/01/23	Consulta + pedido de exame	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
Itraconazol 100mg	1 capsula por dia	18/01/23 a 1./08/23 (30 dias)
Iodeto de potássio 15mg	1 capsula por dia	18/01/23 a 07/02/23 (60 dias)
Iodeto de potássio 30mg	1 capsula por dia	08/02/23 a 28/02/23 (90 dias)
Iodeto de potássio 90mg	1 capsula por dia	28/02/23 a 28/04/23 (60 dias)
Aspirina comprimido	1/2 comp ao dia	-/-/- a -/-/- (- dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 18/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): De volta para onde estava

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.291 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 23 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Mia, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Marrom e preto.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/01/2023
Nome do responsável pela captura: Ana Lucia
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Jardim Mendes
Motivo do recolhimento: Suspeita de queda de altura

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Suspeita de queda de altura

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 2,800g, Suspeita de queda de altura.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
13/01/23	Consulta + Pesagem de gato x	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 13/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o local de origem (ao ar livre)

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.293 40 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA N 14/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Dengoso, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vigilância
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Agnaldo Lima
Motivo do recolhimento: Animal perdido

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal Perdido

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 17,5Kg, Animal Perdido

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 13/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o dono ficou a cargo Dr. Arruda

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 293

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº. 15 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rio, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: labrador
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 18/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vom
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Veio até canil
Motivo do recolhimento: Eutanásia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil da PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Eutanásia

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, Eutanásia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
18/01/23	Eutanásia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
—	—	—/—/— a —/—/— (— dias)
Propofol		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
Lidocaína		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
Cloreto de Potássio		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
Xilazina		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
Cetamina		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 18/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): Eutanásia
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Eutanásia

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 294 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 16 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Juanito, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto, cego

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Bom Jesus
Motivo do recolhimento: Mioso no olho

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Mioso no olho

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 19 Kg, Mioso uno olho, pelos em pastino boa saúde aparente, vou a cirurgia em 20/01/23

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/01/23	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 20/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vai a adoção em 20/01/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREF... 3.295 ... DCONV ... SAÚDE

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 77 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pipoca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/01/2023
Nome do responsável pela captura: voluntária
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): empresa Faro transportes
Motivo do recolhimento: Ferida de cabeça causada

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferida de cabeça causada

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 20kg, Ferida de cabeça causada

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): __/__/__
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o empresa Faro

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.996

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 76 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Madona, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 19/01/2023
Nome do responsável pela captura: Sibelle
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Progresso
Motivo do recolhimento: Recolhida na rua (2) Animal machucado e prenhe

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Recolhida na rua (2) Animal machucado e prenhe

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 9,6Kg, Recolhida na rua (2) Animal machucado e prenhe

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
19/01/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
Pós cirúrgico e analgésico		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/_____
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para sua moradia

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.279 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 79 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Naruto, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 20/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei Lyon
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Ecoponto do meio ambiente animal / Bairro Jardim
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 4kg, Normal

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
20/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripacima	-	-/-/- a -/-/- (- dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 20/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltará ao local

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3 298

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 80 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: chocolate, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD chocolate
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: marron e branco sujo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua
Motivo do recolhimento: fratura em membros

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: fratura em membros

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 8,2kg fratura em membros

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	consulta, internação + pedido de exame e Raios X	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 01/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno

Marcello G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

3.299 - DCONV - HAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 03/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 81 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Mongonhas, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Preto e Branco

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vitoria (Zoonose)
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Preto
Motivo do recolhimento: Animais perdido atropelamento

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: (X) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animais perdido atropelamento pra baixo

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 20Kg, Animais perdido atropelamento pra baixa

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	Consulta + Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Amoxicilina + Clavulanato 500mg	1 comp. a cada 12hs	23/01/23 a 02/02/23 (10 dias)
Prednisona 20mg	1 comp. ao dia	23/01/23 a 28/01/23 (5 dias)
Dipirona 500mg	1 comp. a cada 12hs	23/01/23 a 28/01/23 (5 dias)
Cloridato Tramadol 200mg	1 comp. a cada 12hs	23/01/23 a 28/01/23 (5 dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolução ao tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (1ª parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.30 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 82 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bico, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: pastor
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro SAMU
Motivo do recolhimento: Idoso

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Idoso doente

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso:_____, Idoso doente

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/02/23
Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Será encaminhado ao tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (1ª parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.304 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Foment 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhado pela OSC PARC.

FICHA Nº: 13 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Ronaldo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Jonatan
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: Passeio

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Passeio

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 23,0 kg, Passeio

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripercina	—	-/-/- a -/-/- (- dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.302 MP DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 84 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Thor, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco, olho azul

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Camille Bianca
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Bonfim
Motivo do recolhimento: castrar

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Propriedade Bairro Bonfim

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castrar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3,6kg, castrar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	Castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Ripercine	—	__/__/__ a __/__/__ (— dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para a casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS – FOLHA 3.303 – DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 85 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nina, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): clínica Amigo Animal
Motivo do recolhimento: Foi atropelada, está fraturada

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: foi atropelada. e está fraturada

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso:_____, foi atropelada e está fraturada

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	consulta + anestesia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
tramadol 50 mg	1 comp de 8 em 8 hs	23/01/23 a 30/01/23 (7 dias)
cefalexina 500 mg	1 comp de 8 em 8 hs	23/01/23 a 28/01/23 (5 dias)
dipirona 1 fr/kg	1 comp a cada 24 hs	23/01/23 a 27/01/23 (4 dias)
meloxicam 30 mg	1 1/2 comp a cada 24 hs	23/01/23 a 28/01/23 (5 dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/01/23
Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Lar temporário para onde foi encaminhada.

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (1ª parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

3.324/40 SAS DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 8 6 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Nena, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: Brancos

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Santa Mônica
Motivo do recolhimento: ferida na pata traseira

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferida na pata traseira

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3.8 kg, ferida na pata traseira

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
31/01/23	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 02/02/23
Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido ao tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (11 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.305 MP DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº. 81 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Thor, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Shih-Tzu
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/03/2023
Nome do responsável pela captura: Vanessa
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Novo Rio
Motivo do recolhimento: Abandonado

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Abandonado

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: —, Abandonado, vive e dorme em 20/03/23

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
03/04/23	consulta + orquiectomia	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
—	—	-/-/- a -/-/- (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)
		/ / a / / (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/04/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vive e dorme em 23/04/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.306 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 88 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Neinha Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Laranja rajado com Brancos

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Patriane Alida
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Maranhão Vila Rica
Motivo do recolhimento: Suspeita de esporotricose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Mora de Baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Suspeita de esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3,9 kg. Suspeita de esporotricose.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	consulta + pedido de exames	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para a casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.30 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº. 89 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Toby, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e caracteristicas marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/01/2023
Nome do responsável pela captura: Expansão Ambiental
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Complemento Pinto Rei
Motivo do recolhimento: Início de Seca

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Início de Seca.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 8,6kg, Início de Seca

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
23/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/01/23
Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (1ª parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA M. DE CONGONHAS FOLHA 3.308 DCONV

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 90 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Alvin, **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marron e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 24/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Bandeira
Motivo do recolhimento: Redução de prolapso retal e castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Redução de prolapso retal e castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 2,1 Kg, Redução de prolapso retal e castração Vivo e alerta

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
24/01/23	Cirurgia de redução de prolapso retal + castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 24/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para onde estava (rua)

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. DE CONGONHAS
FOLHA
3.309
DCONV

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº. 91 .2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Amigo, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, **Pelagem:** ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: marrom

2- **Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento:** 27/01/2023
Nome do responsável pela captura: Sebastião Gomes
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Antônio
Motivo do recolhimento: Mordeu uma pessoa

3- **Procedência do animal:** ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Mordeu uma pessoa

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 25,1 kg, mordedura de pessoa

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
27/01/23	Consulta.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dexadog	Prescrito.	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para onde foi resgatado

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.310
-DCONV-

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o municipio de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 92 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Tico, **Espécie:** (X) cão / ( ) gato, **Raça:** SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, **Porte:** ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco e preto

2- Dados sobre a captura do animal: **Data do recolhimento:** 24/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vinicius
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: Ferida, machucado.

3- **Procedência do animal:** (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- **Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário:** ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferida, machucado.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 26.300, Ferida, machucado, deu pomada na ferida

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
25/01/23	consulta + deu pomada	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 25/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltou para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.311 - DCONV -

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº 93 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Zeca, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 25/01/2023
Nome do responsável pela captura: Venturba
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: filhotinhos, mãe desconhecida abandonado

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: filhotinho que não desmama

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas quadro geral do animal: Peso: 0,900g, filhote que não desmama

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
25/01/23	internação até desmame	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
somente alimentação		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): doação, posto e canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3317
DCONV

DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE I SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses, animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 94 / 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Tartaruga, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: tricolor, preto, branco, amarelo.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 25/01/2023
Nome do responsável pela captura: Daniele
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Nelson
Motivo do recolhimento: Gatinha que estava com diarreia abandonada.

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Gatinha que estava com diarreia

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 0,700 kg, Gatinha que estava com diarreia abandonada

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
25/01/23	Internação via ambulatorial	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final do tratamento)
Dieta alimentação		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 25/01/2023
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3315

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fom 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº. 95 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL P ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO P RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Zezinho, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: tigrado de cinza e preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 25/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vandinho
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Beco do canil
Motivo do recolhimento: Animal que vivia nas dependencias abandonado

3- Procedência do animal: (X) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Animal que vivia nas dependencias abandonado.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 4,200 kg. Animal abandonado que vivia nas dependencias

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quant tat
25/01/23	Internação até domenica	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
domenica alimentação		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 25/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.314 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 96 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Simba, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Dos Santos
Motivo do recolhimento: Doação

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil PARC

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Doação

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 4,9kg, entrou no CCA apresentando de importância. Doação

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quant tat
26/09/23	internado por importância	
26/10/23	Doação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Doação	-	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): C.C.A
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Lar definitivo

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de rec ars parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.3 15 -DCONV- CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizad realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fome 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonos animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminha pela OSC PARC.

FICHA Nº: 97 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PE ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PE RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pequeno, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Rinocinha
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 9/1/2023
Nome do responsável pela captura: [illegible]
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua em frente ao ipe
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qua geral do animal: Peso: _____, Animal encaminhado ao CCA castrado após cirurgia procedimento e medicação

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
13/01/23	Consulta + internação	
16/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Cefalexina	—	__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)
		__/__/__ a __/__/__ (dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): __/__/__
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno ao local de resgate

Rodolfo G. Miranda Moreira
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.316

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada a realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 98 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Amendoim, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: mesclado c/ branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 26/04/2023
Nome do responsável pela captura: Daniela Sousa
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Dono Paulo Mendes

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 3,4 kg, castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitativo
26/04/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final do tratamento)
Dipirona 500 mg injetável	—	__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 26/04/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Liberado para o lar

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (12 parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

Assinatura do responsável pelo recebimento do termo no setor de Zoonoses

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.317 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fo 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoo animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encamin pela OSC PARC.

FICHA Nº 99 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Kitty, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Cinza e branco.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/01/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Cristina Gonçalves da Silva.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Penido
Motivo do recolhimento: Fratura na lombar

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietária bairro penido

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Fratura na lombar

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/c geral do animal: Peso: 3,300kg. Fratura na lombar

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantita
27/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Dipirona 200mg/ml	3 gotas de 19 em 19 hs	27/01/23 a / / (5 dias
Cloridrato de Tramadol Tramadol	5 gotas de 12 em 12 hs	27/01/23 a / / (5 dias
Meloxicam 0,2 mg	1 cmp a cada 24 hs	27/01/23 a / / (5 dias
Dipirona 500mg/ml	2 x ao dia	27/01/23 a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o lar.

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recur parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 318

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº 100/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Leo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/01/2023
Nome do responsável pela captura: Mariana Lopes Pinheiro
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Boa Vista
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Propriedade Bairro Penedo

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 17.500 castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/01/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Ripomicida	9 x 06 dia	-/-/- a -/-/- (- dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. DE CONGONHAS FOLHA PROCONV - 5319 - DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 101 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rajado, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Amarelo e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/01/2023
Nome do responsável pela captura: Alison Pires de Oliveira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Mineral
Motivo do recolhimento: Lesão ocular

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Bairro Mineral

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Lesão ocular

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 0,800g. Lesão ocular

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/01/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta ao Pro. Cuba

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. C... FOLHA 3320 ... CONGONHAS - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 102 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pochoridho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marrom e preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31/01/2023
Nome do responsável pela captura: Maria das Graças de Jesus Silva
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Nova Cidade
Motivo do recolhimento: Desprezo de vizinhos

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa Renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Desprezo de vizinhos

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 8,500, Desprezo de vizinhos

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantit
31/01/23	consulta + pedido de exame	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 31/01/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta ao ponto inicial

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.321 HO

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 103 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Simba, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: amarelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 31 / 01 / 2023
Nome do responsável pela captura: Cristiano Francisco Pompeu Pinto
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Morro Cabral
Motivo do recolhimento: Retirado de espinhos de porco e cobrecão

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Retirado de espinhos de porco e cobrecão

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas ge geral do animal: Peso: 21 kg. Retirado de espinhos de porco e cobrecão

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
31/01/23	Consulta + vacinação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das
		__/__/__ a __/__/__ (__ das

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 31 / 01 / 23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para a casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.327

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 145 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Garrido, Espécie: (—) cão / (—) gato, Raça: ———
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (—) curta / (—) longa.
Cor e características marcantes: ———

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vereador
Local do recolhimento (*nome da rua* e bairro): Secretaria de Saúde (Hospital de Congonhas)
Motivo do recolhimento: Dor mordedura

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: ———

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Dor mordedura

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: ———, Dor e edema

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/01/23 a 10/02/23	Antibiótico	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Setor de Vacinação

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.323

:ha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 3/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon imais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh la OSC PARC.

:HA Nº: 106 /2023

ENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ICAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

Nome do animal: Belinda **Espécie:** ( ) cão / (X) gato, **Raça:** SRD
ıxo: (X) fêmea / ( ) macho, **Porte:** ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, **Pelagem:** (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Marrom Preto e Bege

Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/1/2023
ome do responsável pela captura: Geraldo
ıcal do recolhimento (nome da rua e bairro): —
otivo do recolhimento: castração

Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Re nsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
otivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q eral do animal: Peso: 2,3 kg, castração

Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do rocedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
30/1/23	Consulta + castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Rifamic	3 x ao dia.	-/-/- a -/-/- (3 dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

- **Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s):** 30/1/2023
- **Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s):** CCA
- **Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s):** Lar para adoção

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

)BSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs arcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.324 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 03/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 167 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Nina, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Tricolor

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 21/11/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro
Motivo do recolhimento: Apresentando #bpresentou

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Apresentou sintomas

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 2,360g, com apatia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
	Consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Ketoprofeno	1 Mg em dia	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
Dipirona gotas	1 Mg em dia	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): __/__/__
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno ao tratamento em residência

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA 3.323
DCONV

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ofício de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pelo PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (cirurgia, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento nº 03/2021, firmado entre o PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e errante) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pelo OSC PARC.

CHA Nº: 175 ano 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DOS(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Pardo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa,
Cor e características marcantes: _____

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/01/2023
Nome do responsável pela captura: Vom
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Paulista
Esta vindo a pata, provavelmente por outros

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Vindo a pata por outros ou pela de responsabilidade

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas gerais do animal: Peso: 8.9kg, Vindo a pata por outros ou pela de responsabilidade, vai fazer a cirurgia

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados:

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
	Ovariohisterectomia + banho e tosa	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias

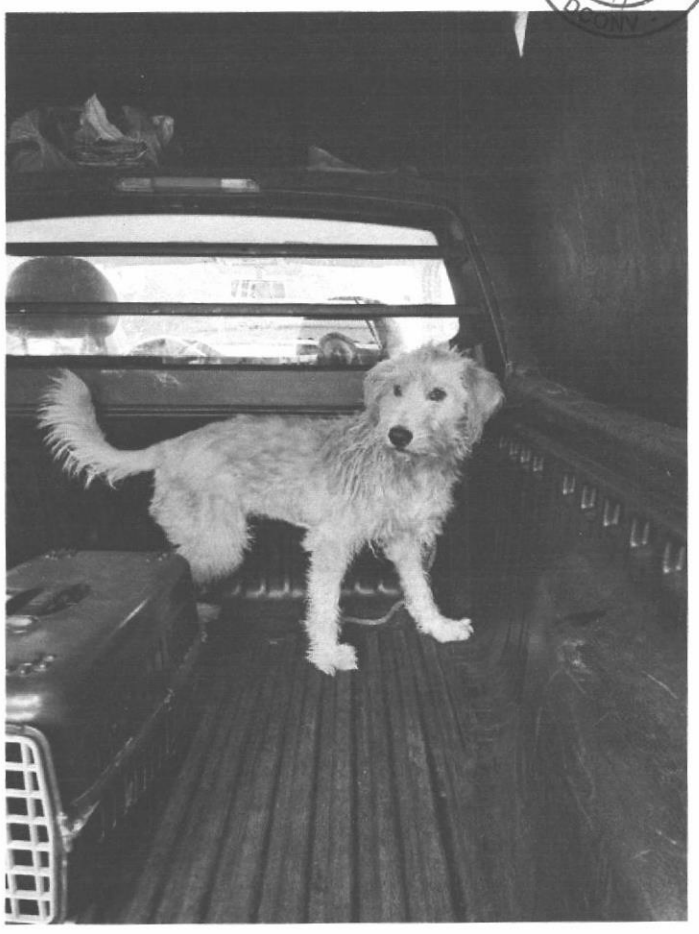
3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/01/2023
4- Ficará o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ficará para adoção

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente do PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta Ficha deverá ser entregue ao PARC até 30 dias após o recolhimento de cada animal da rua (ou parcelas). Recebida pelo PARC/SMS/VS em ___/___/___

PREFEITURA M. [illegible] GONHAS
FOLHA
3.329
- DCONT -



32



33

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.329
- DCONV -



34



35

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.328
- DCONV -

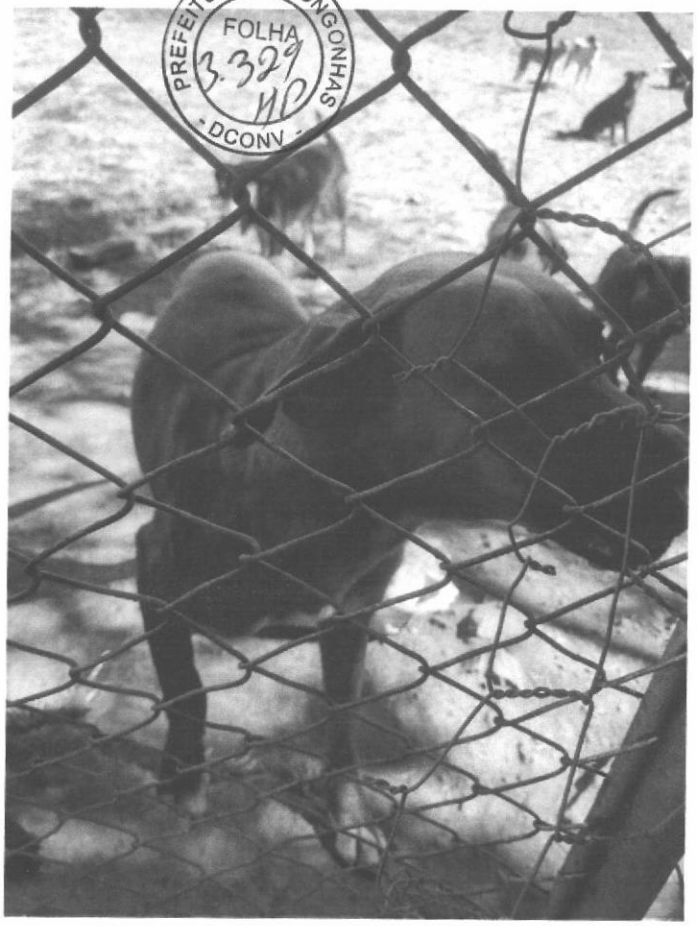


36



37

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.329
- DCONV -

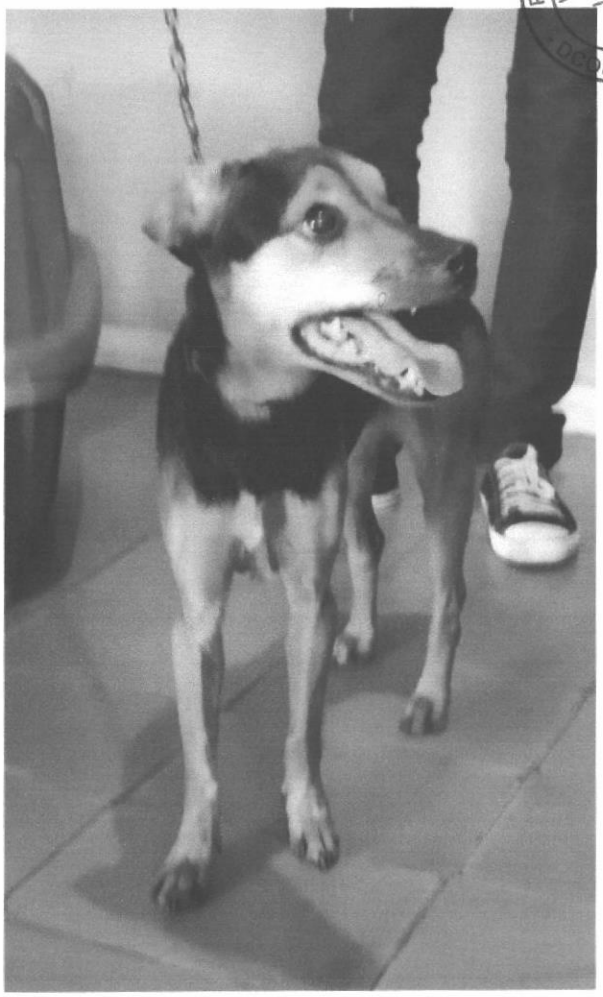


38



39

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.330
- DCONV -



40

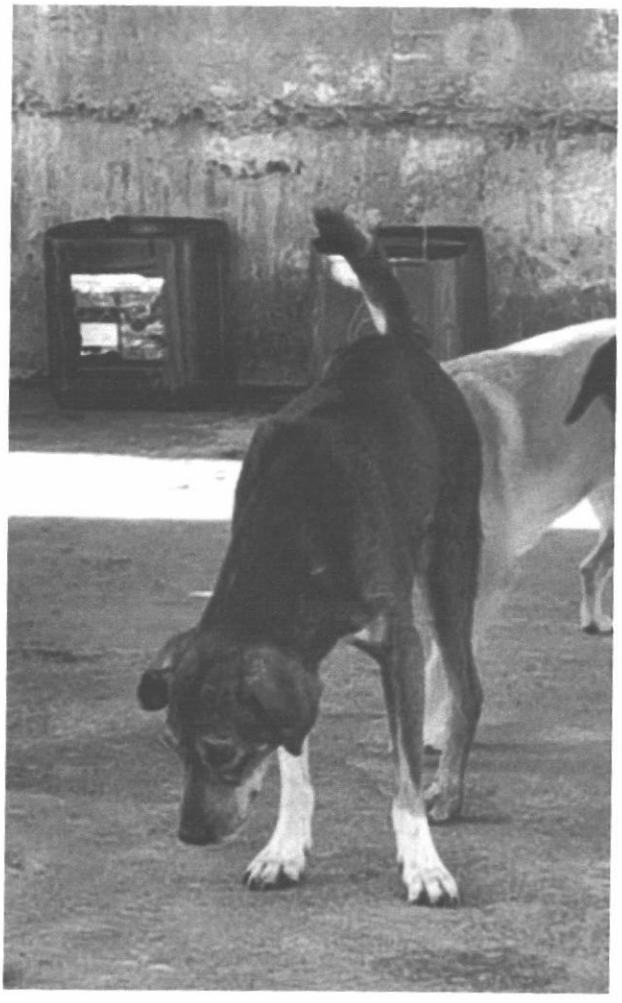


41

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.33
DCON



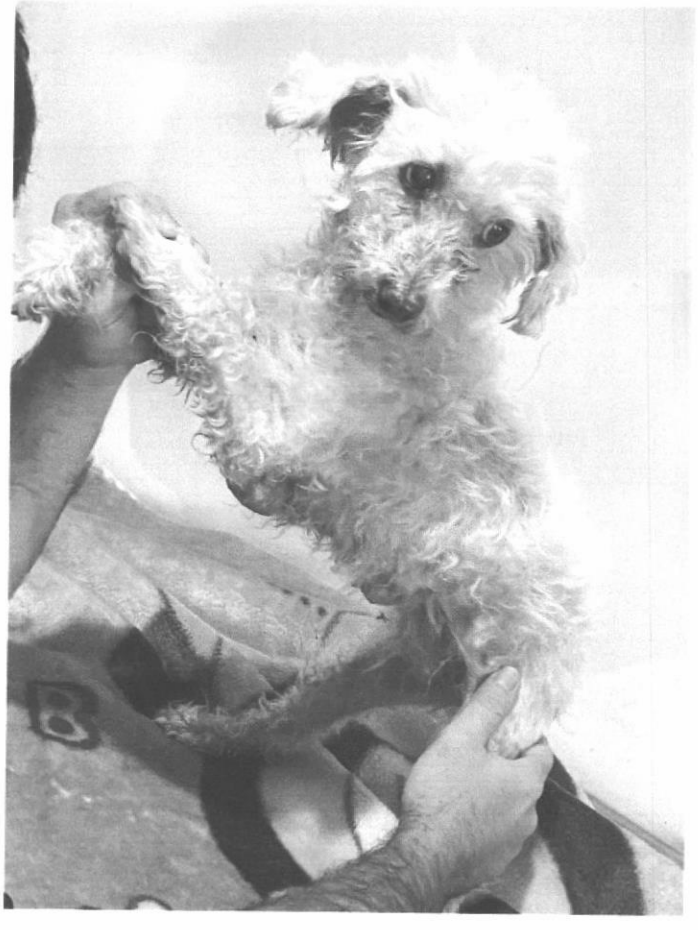
42



43

PREFE... FOLHA 3-332 M.D. -DCOM... SONHOS





PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3-333
AP
-DCONV-



46



47

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.334
- DCONV -



48



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.335
ASCOM

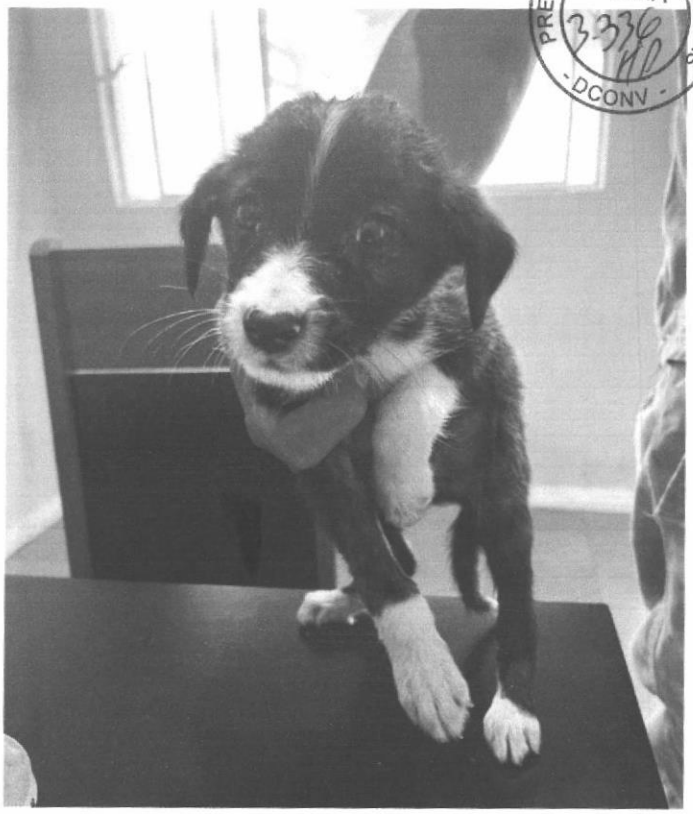


49

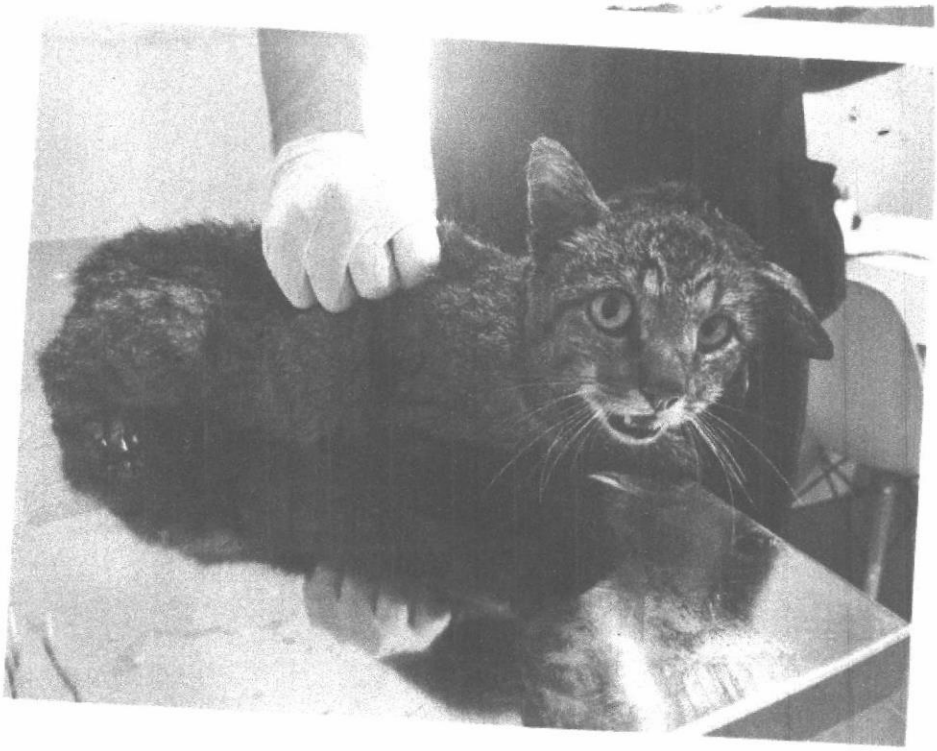


50

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3336
-DCONV-

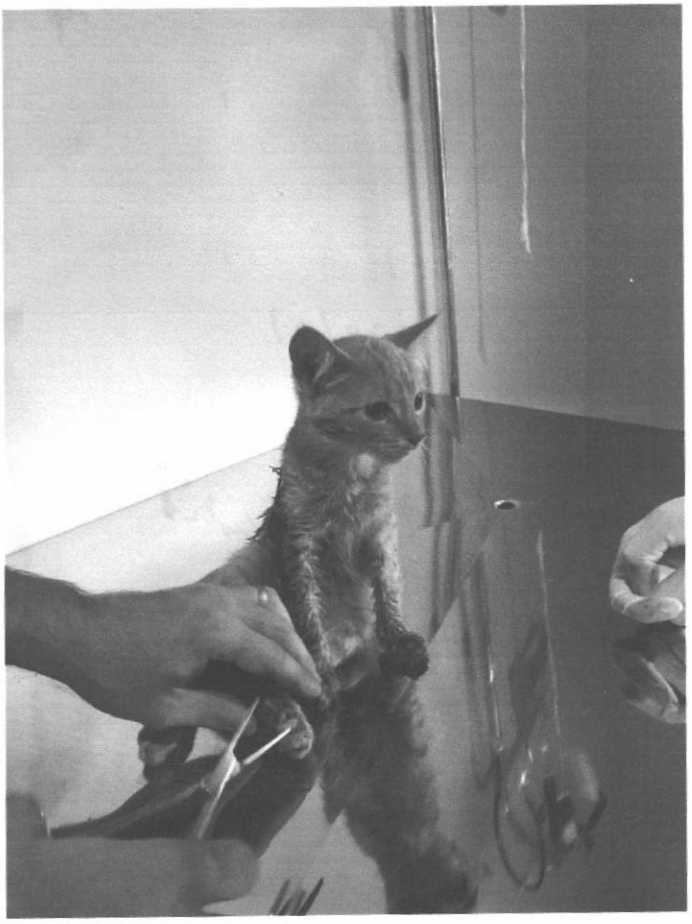


51



52

PREFEITURA
FOLHA
3-333
DCONV
CONTAS



53



54

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
FOLHA
3.333
- DCONV -



55



56

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.339
HD
- DCONV -

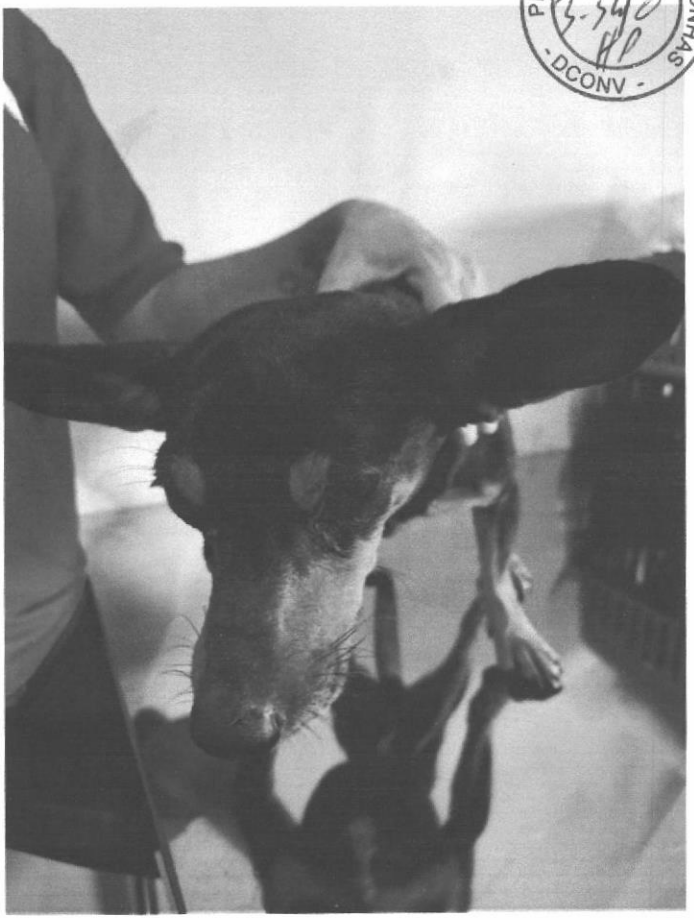


58



59

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3-348
-DCONV-



60



61

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.341
- DCONV -



62



63

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3342
- DCONV -

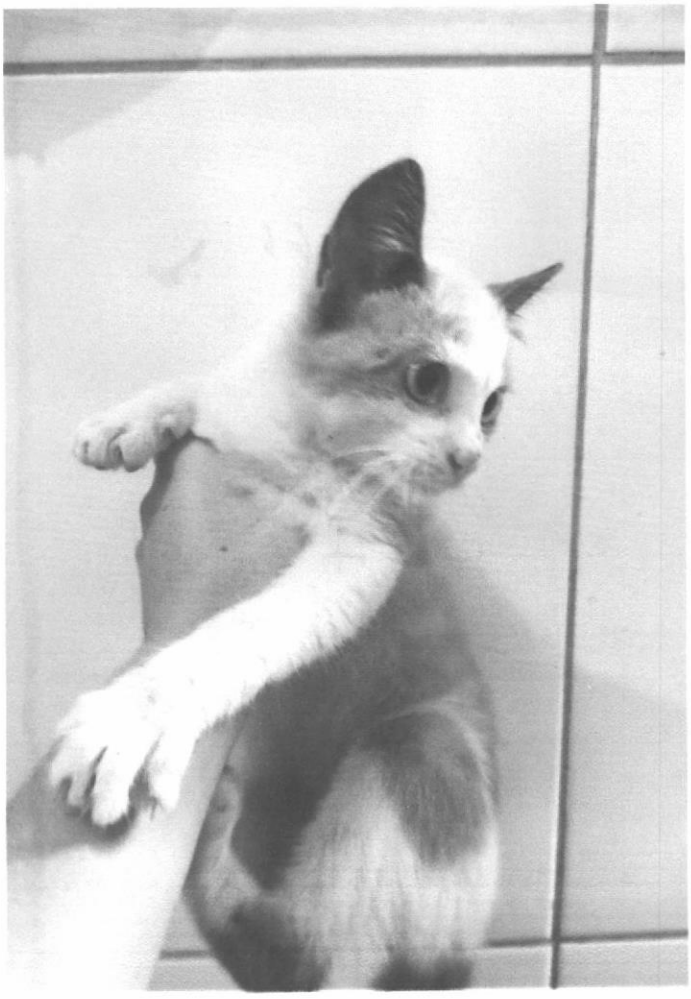


64



65

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3-343
90
-DCONV-



66



67

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.344
DCONV



67

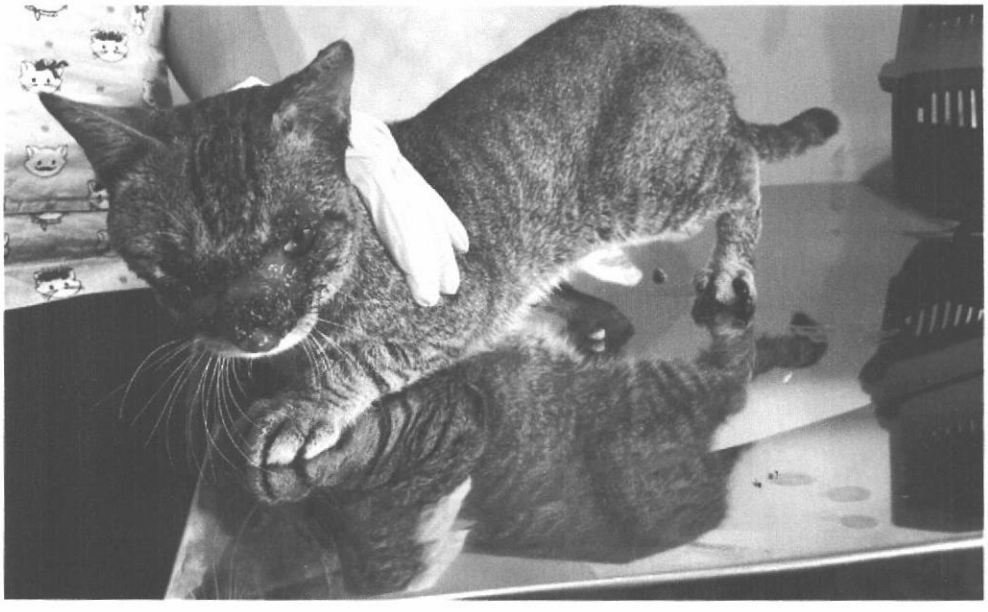


70

PREFEITURA V. CONGONHAS
FOLHA
3.345
- DCONV -



71



72

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.346
- DCONV -



73

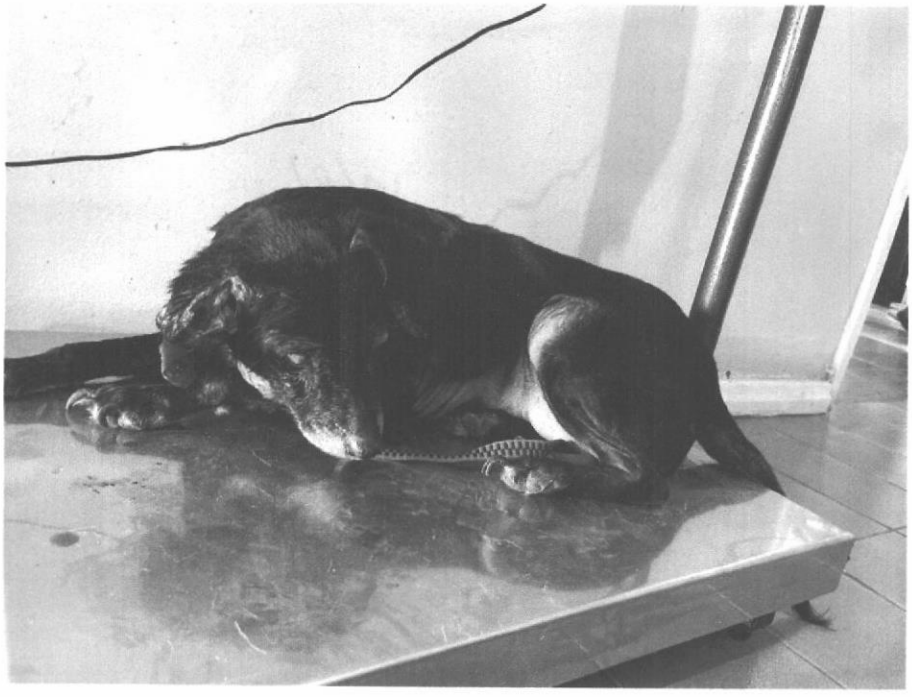


74

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.348
- DCONV -



75



76

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3-348
- DCONV -

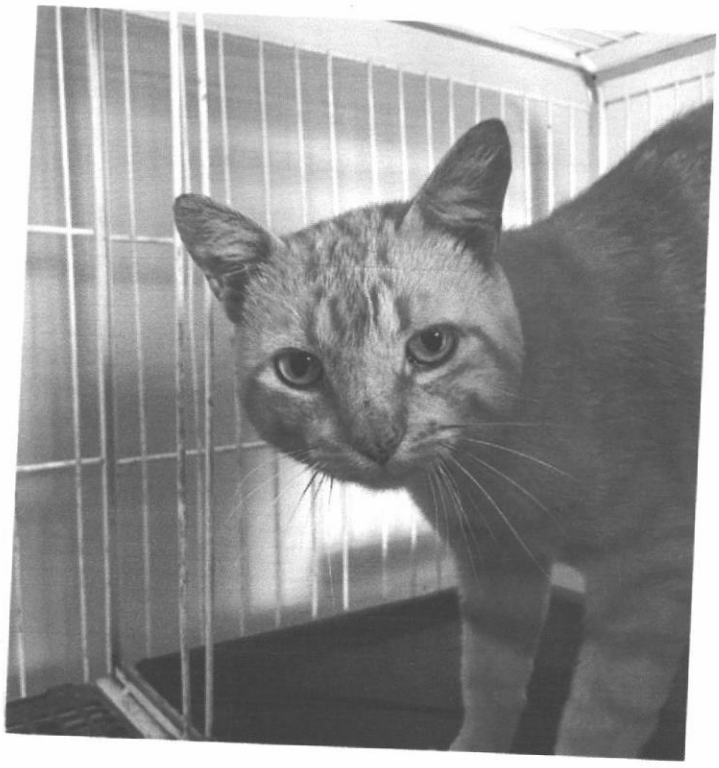


77



78

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.349
- DCONV -



77



80

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.350
- DCONV -



81



82

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.351
- DCONV -



83

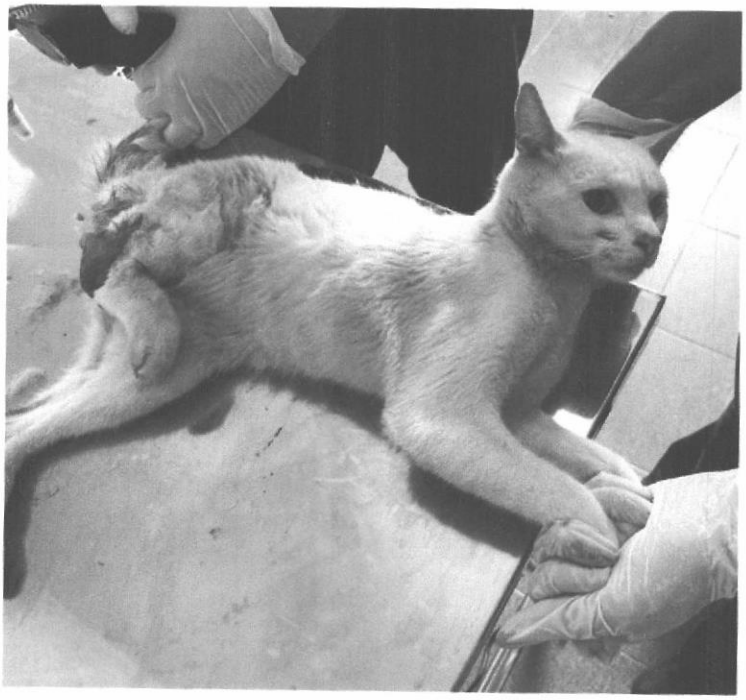


84

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.353
HB
-DCONV-

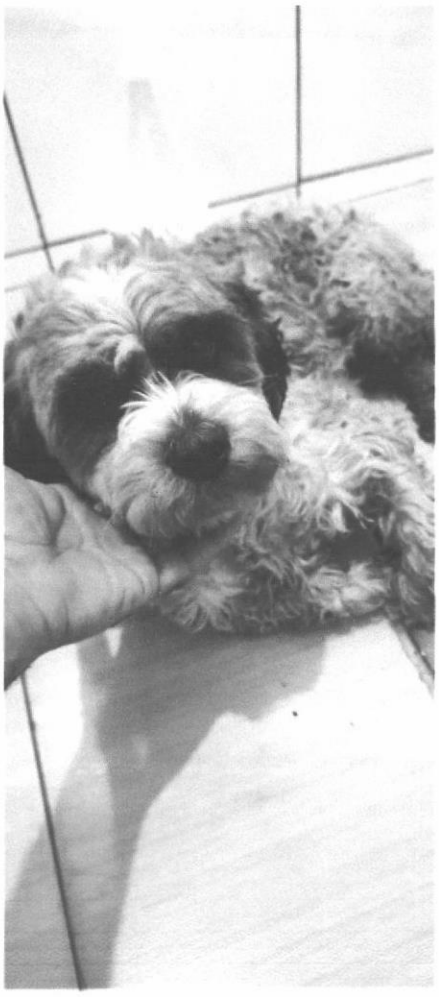


85

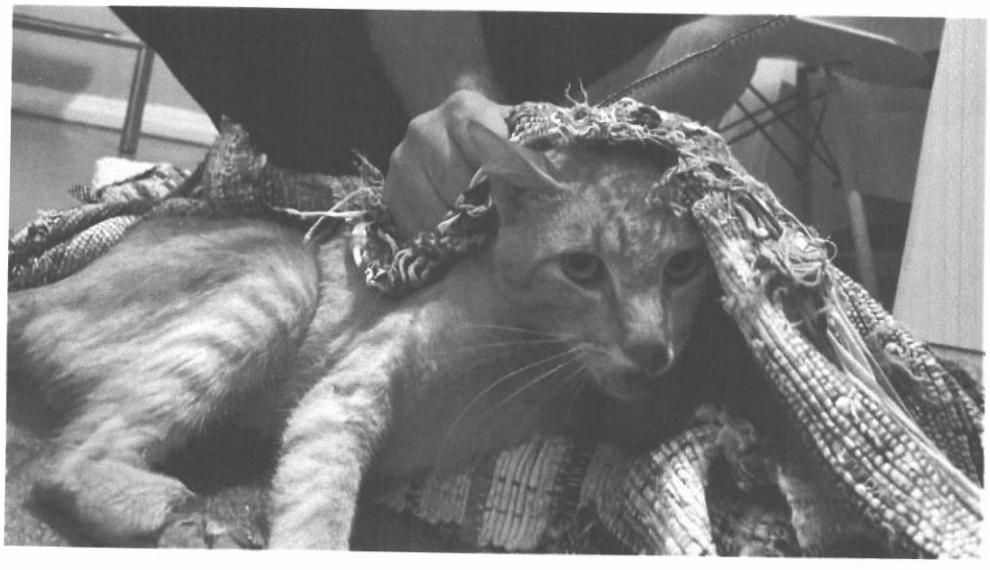


86

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.353
- DCONV -



87



88

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.354
HP
- DCONV -



89



90

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.355
- DCONV -

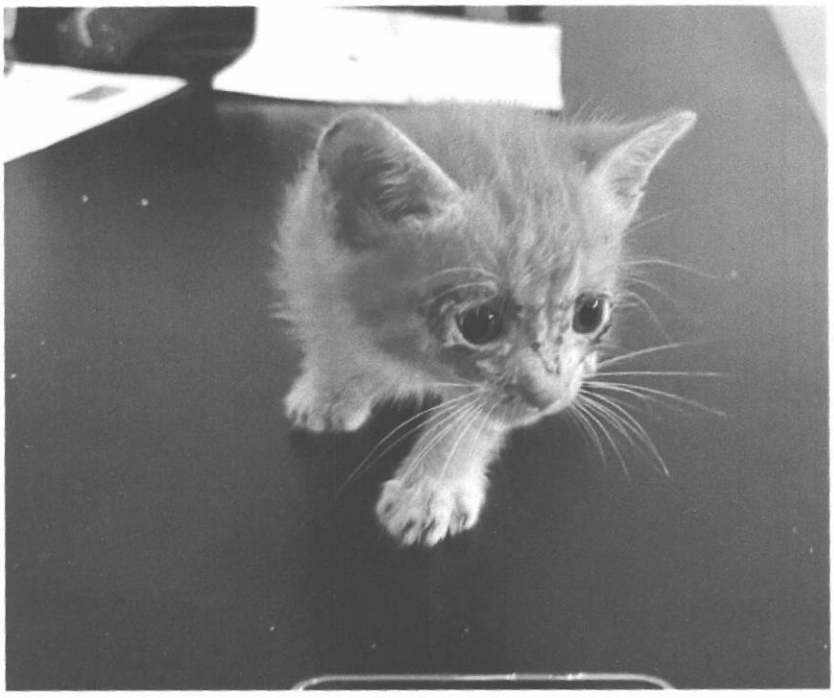


71



92

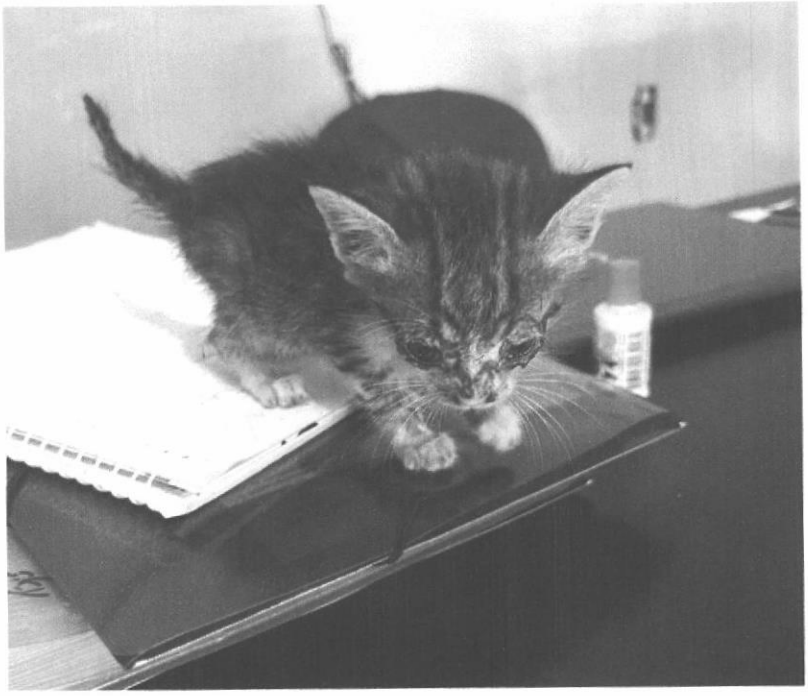
PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3756
DCONV



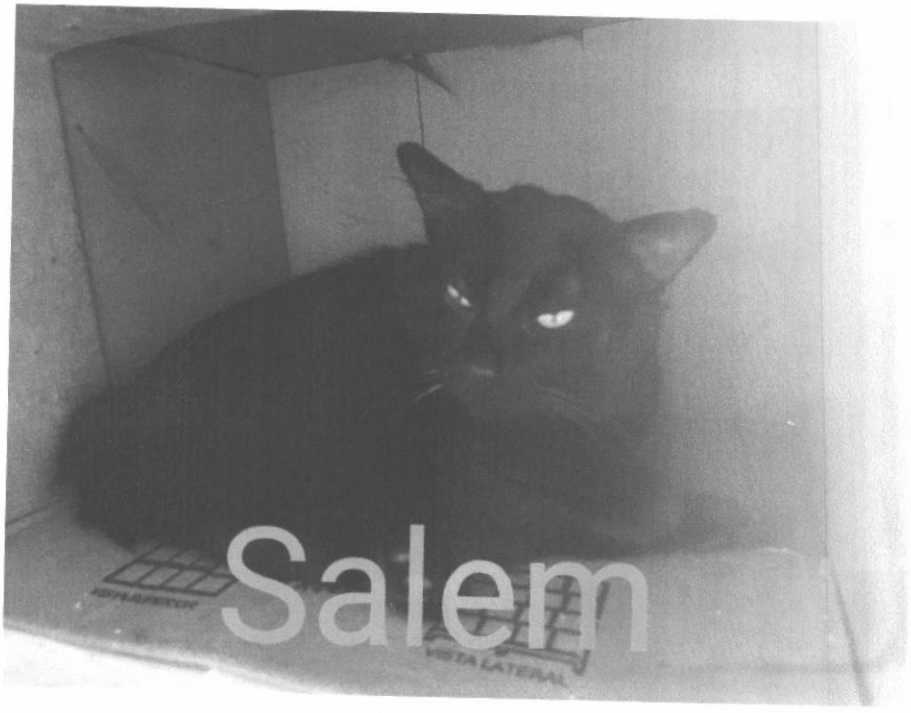
73



PREFEITURA ... SINHAS
FOLHA
335
HP
- DCONV -



95

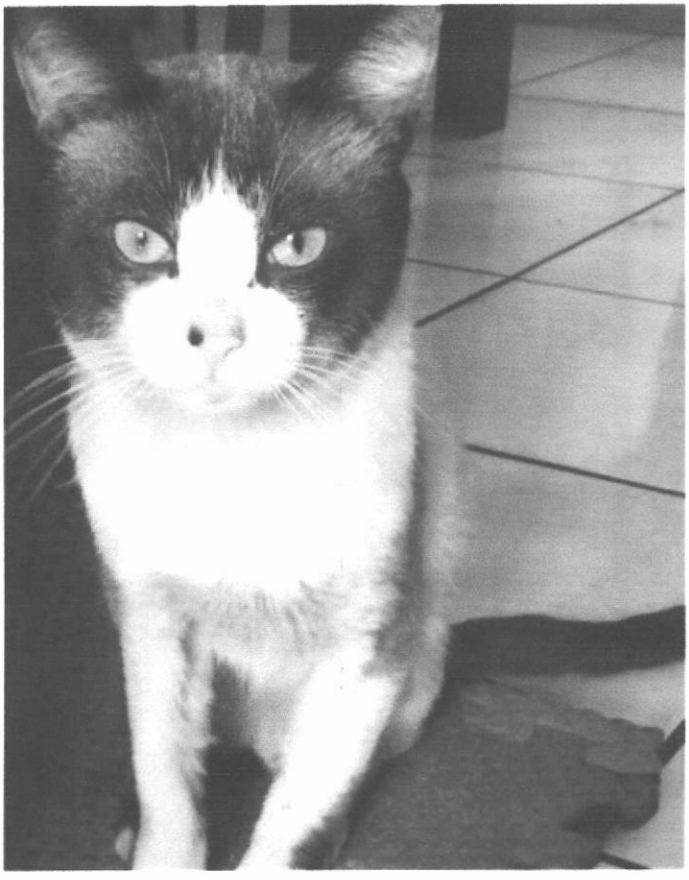


96

PREFEITURA ... SANHAS
FOLHA
3.358
HD
DCONV



97



98

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3359
DCONV

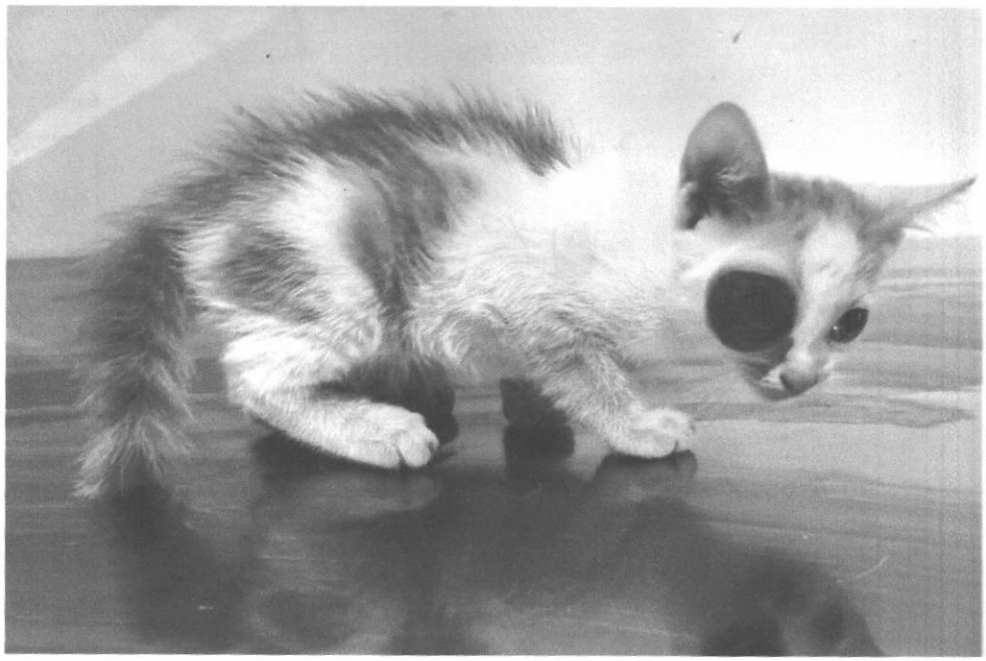


77



100

PREFEITURA M. SÃO JOÃO DE MERITI
FOLHA
3.360
- DCONV -



101



102

PREFEITURA ... GONHAS
FOLHA
3.361
- DCONV -



103



105

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.362
-DCONV-

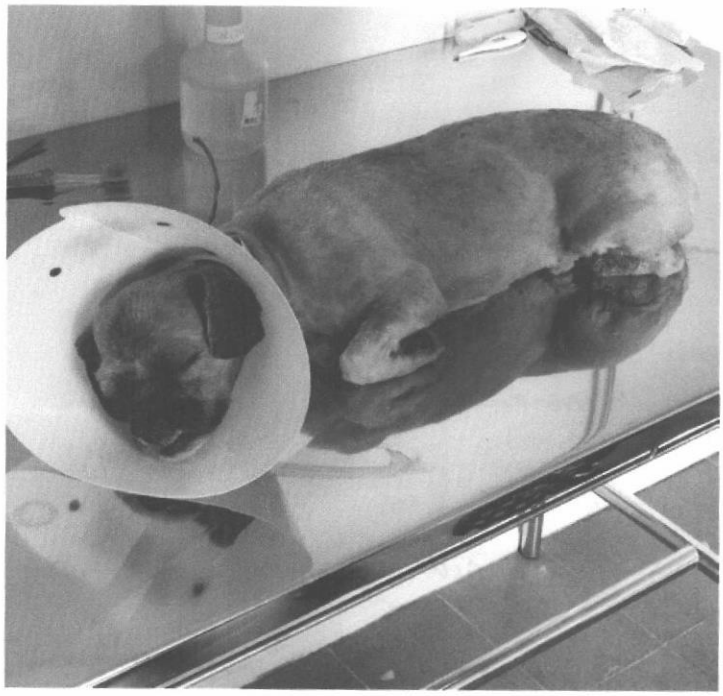


106

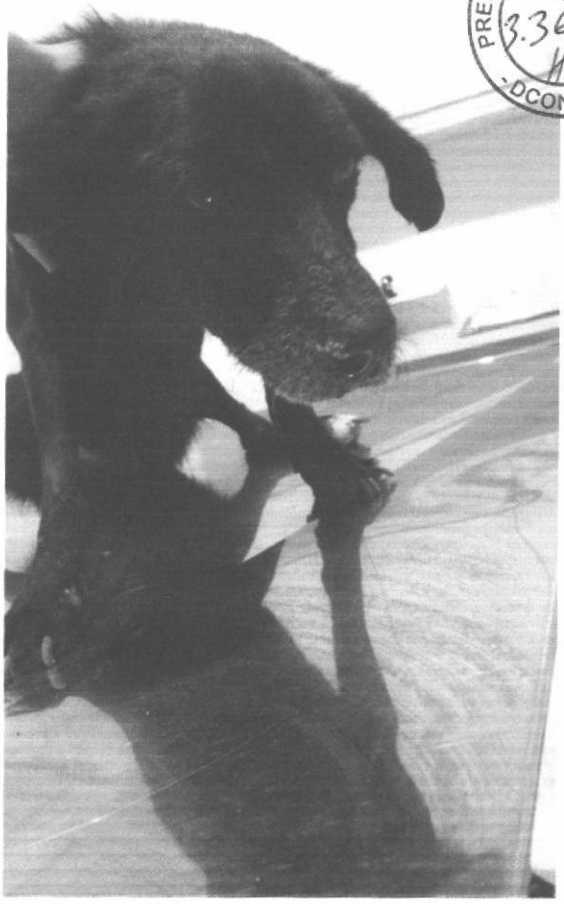


107

PREFEITURA ... SARGONHAS
FOLHA
3.363
HP
-DCONV-



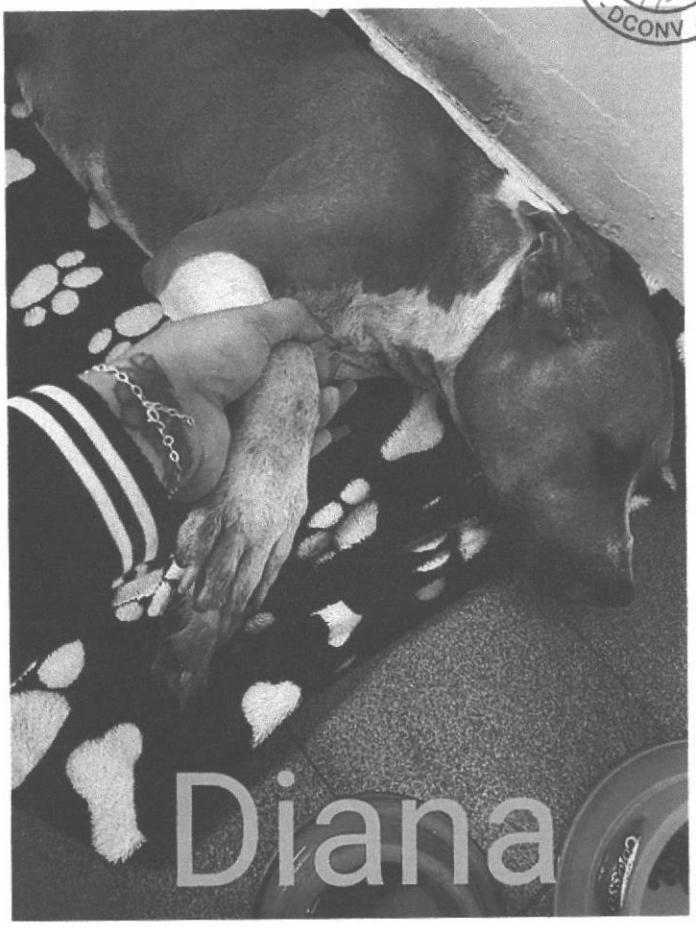
PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.364
-DCONV-



1



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.365
DCONV



3



5

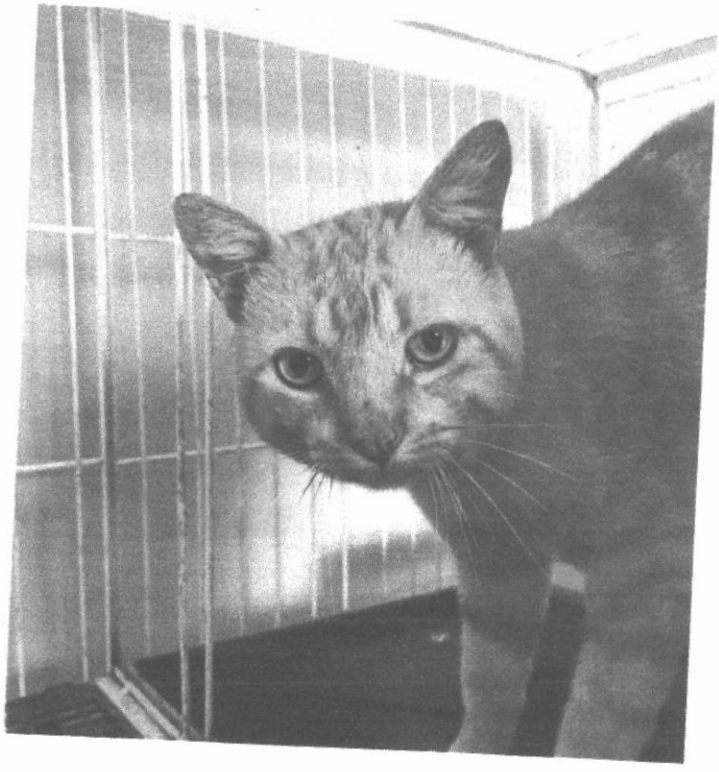
PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.366
HP
- DCONV -



FOLHA
336
DCONV



6



7

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3368
DCONV



8



9

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3369
DCONV



10



11

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.310
DCONV



12

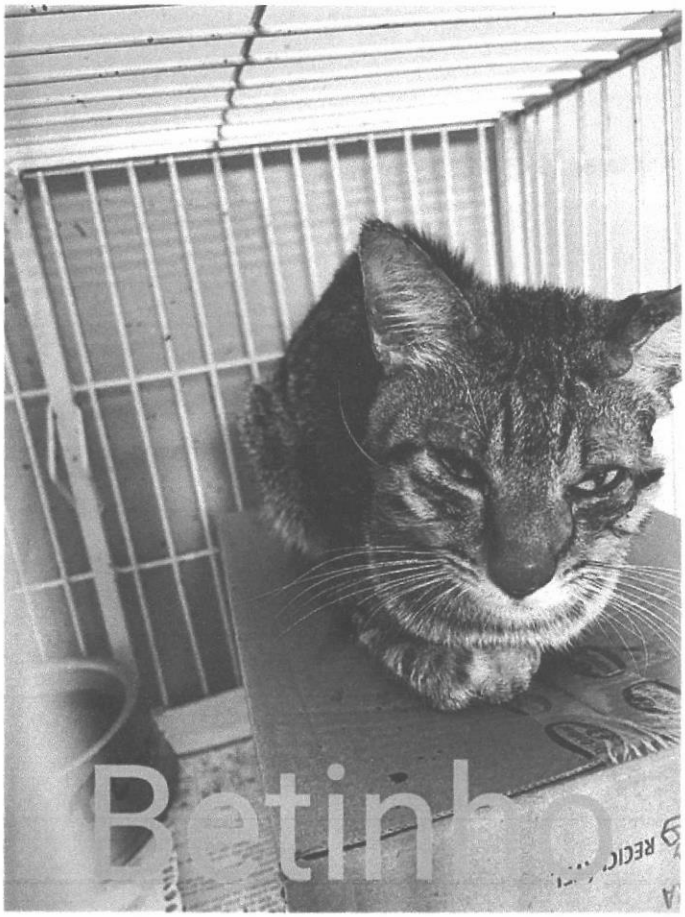


13

PREFEITURA M. DE CAMPINAS
FOLHA
3.301
- DCONV -

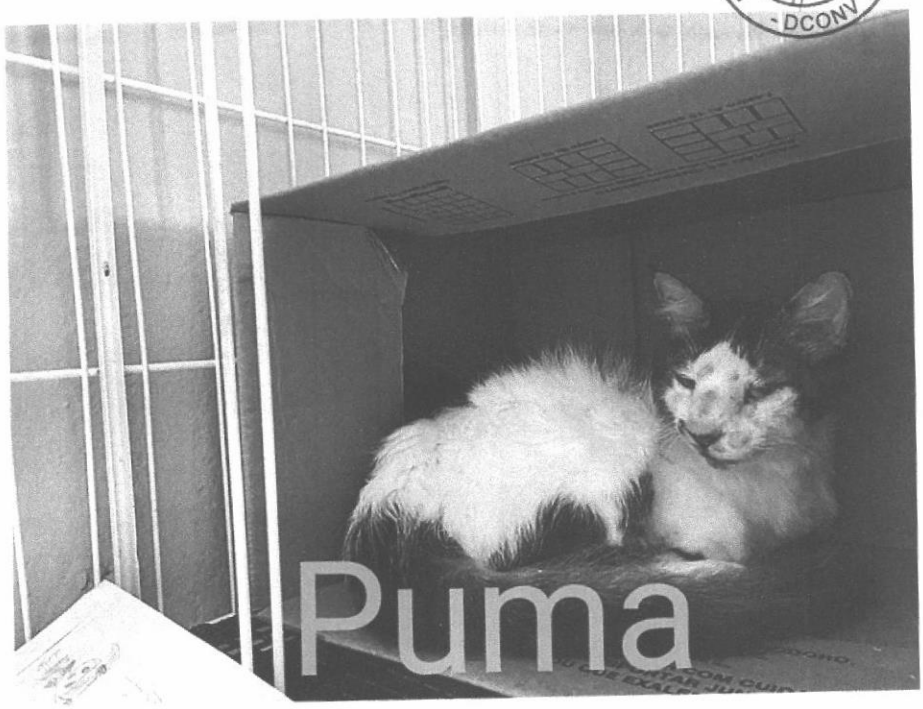


14



15

PREFEITURA ... GONHAS
FOLHA
3.319
HP
DCONV



16

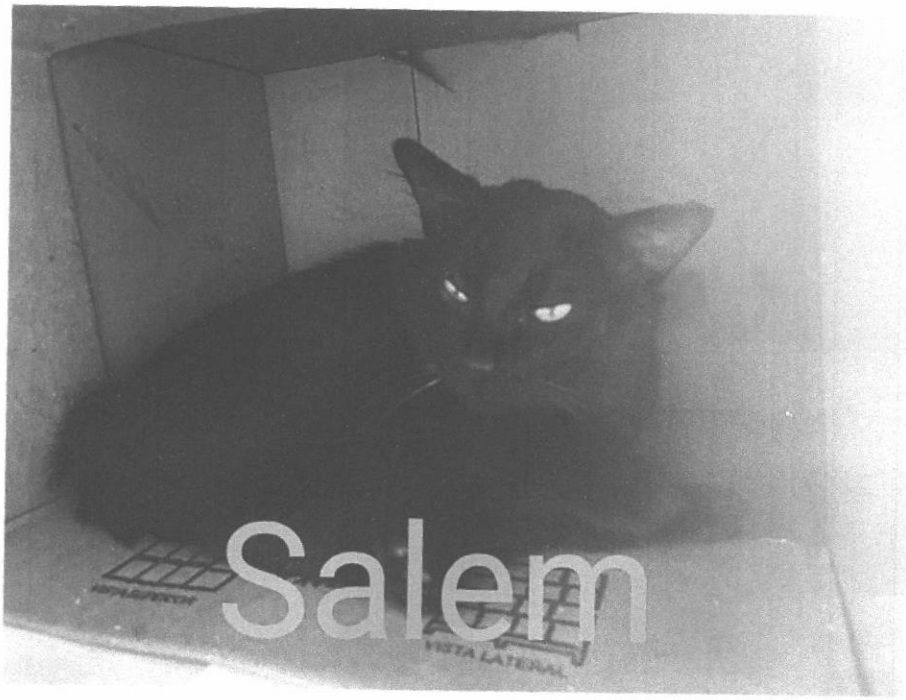


17

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.343
- DCONV -



18



19

PREFEITURA DE SÃO PAULO
FOLHA
3314
- DCONV -

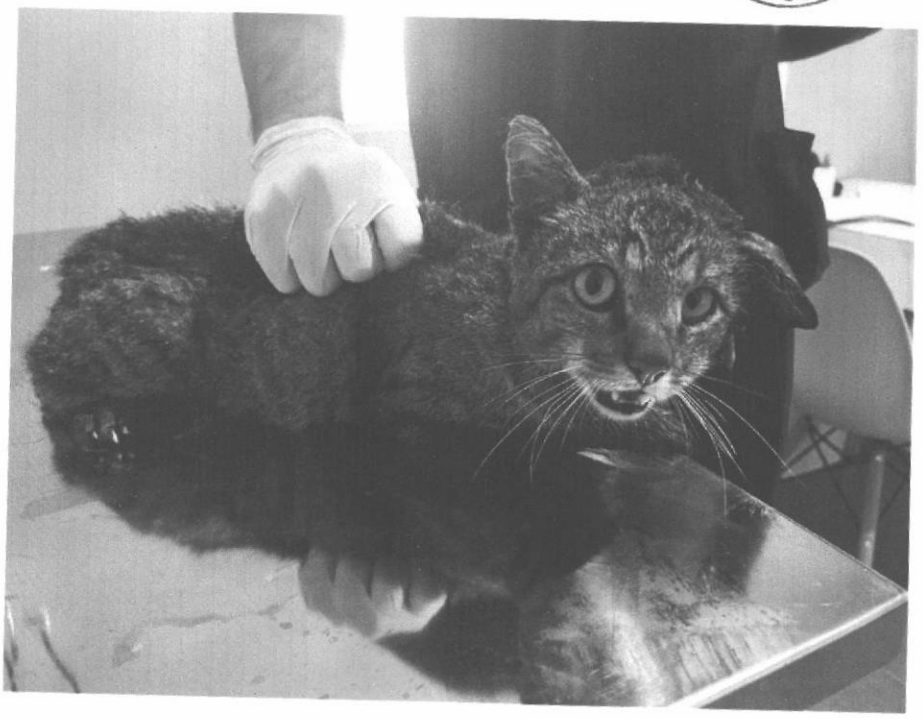


20



21

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.355
HP
- DCONV -

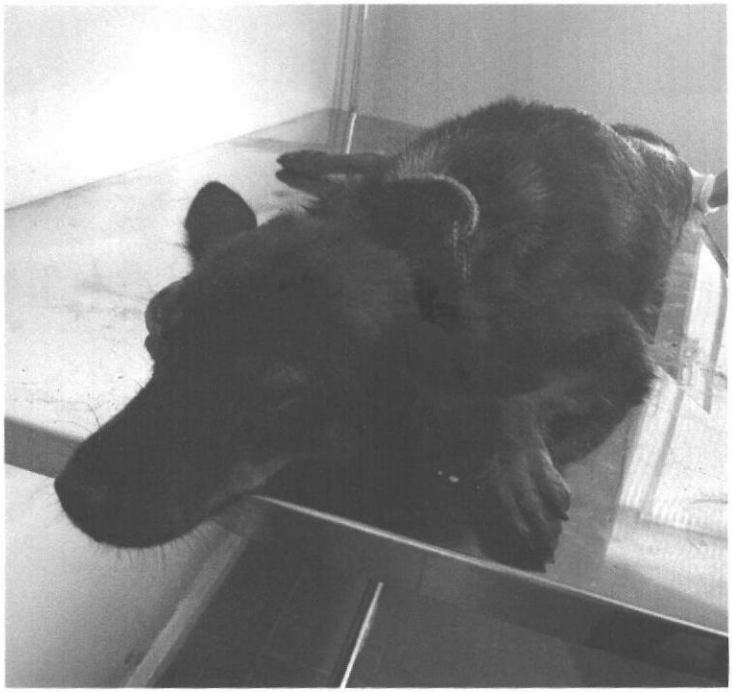


22

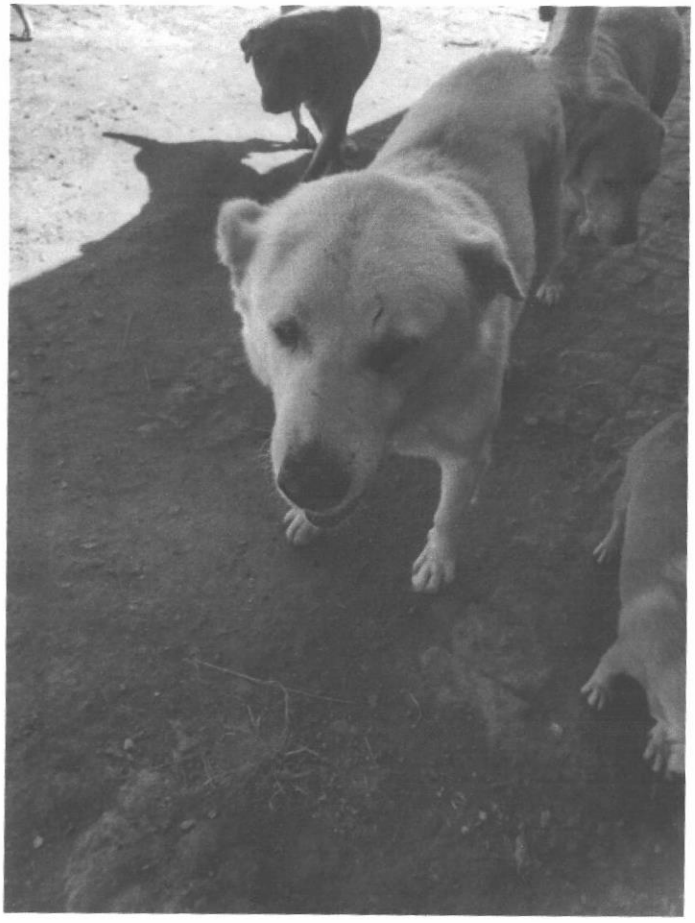


23

PREFEITURA M. LONDRINHAS
FOLHA
336
DCONV



24



25

PREFEITURA ... SANCONHAS
FOLHA
3.3[illegible]
- DCONV -



26

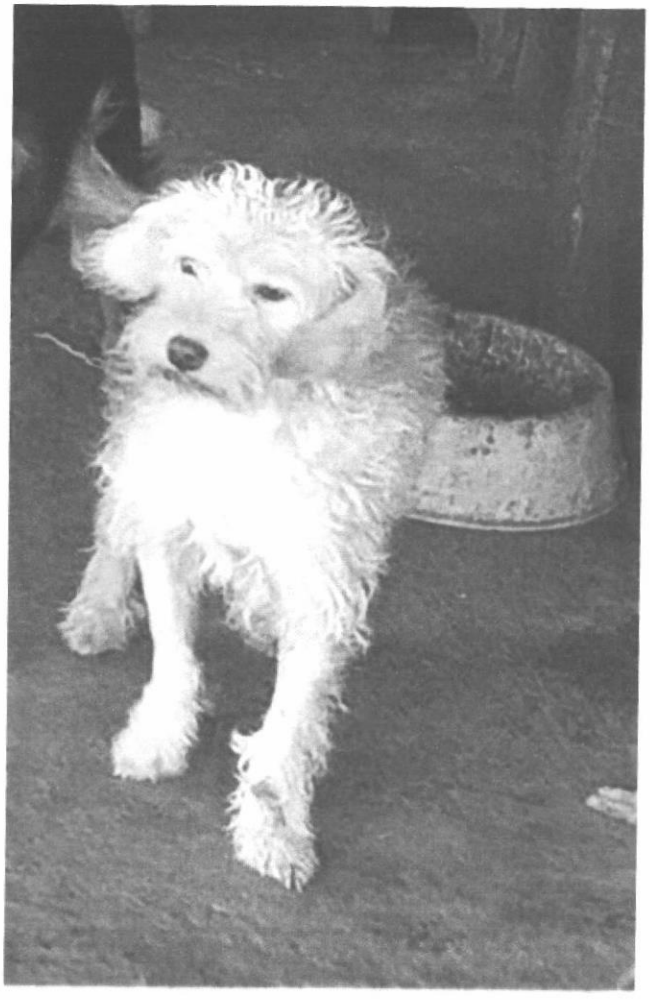


27

PREFEITU... ...INHAS
FOLHA
3398
-DCONV-



28



PREFEITURA ... SHAS
FOLHA
3.319
HP
DCONV

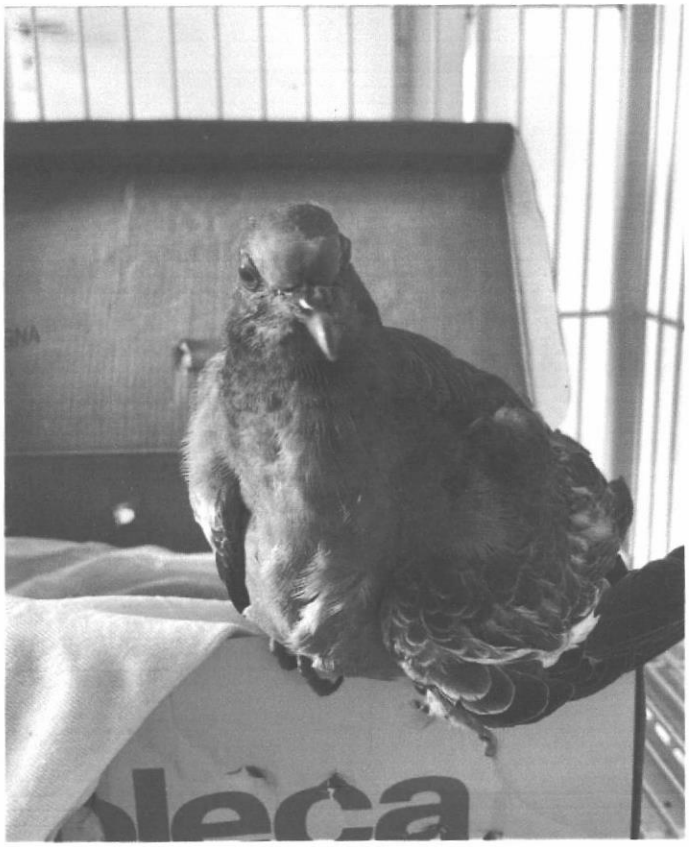


30



31

PREFEITURA
FOLHA
3380
HD
DCONV
SMH



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.381
- DCONV -



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.382
- DCONV -

FEVEREIRO de 2023

TOTAL DE ANIMAIS ATENDIDOS = 67

CACHORRO MACHO = 30

CACHORRO FÊMEA = 25

GATO MACHO = 5

GATO FÊMEA = 6

1 MICO

APENAS CONSULTA = 21

INTERNAÇÃO = 46

ANIMAIS C/ TUTOR ATENDIDOS = 29

CACHORRO MACHO = 13

CACHORRO FÊMEA = 8

GATO MACHO = 2

GATO FÊMEA = 6

ANIMAIS S/ TUTOR ATENDIDOS = 38

CIRURGIAS DIVERSAS = 5

CACHORRO MACHO = 1 (C/ TUTOR)

CACHORRO FÊMEA = 2 (C/ TUTOR)

GATO MACHO = 1 (S/ TUTOR)

GATO FÊMEA = 1 (C/ TUTOR)

CIRURGIAS DE CASTRAÇÃO = 28

CACHORRO MACHO = 8 (S/ TUTOR) – 1 (C/ TUTOR)

CACHORRO FÊMEA = 12 (S/ TUTOR)

GATO MACHO = 2 (S/ TUTOR) – 1 (C/ TUTOR)

GATO FÊMEA = 4 (C/ TUTOR)

Wagner Magalhães de Assis

Presidente da Associação Protetores dos Animais de Rua de Congonhas – PARC

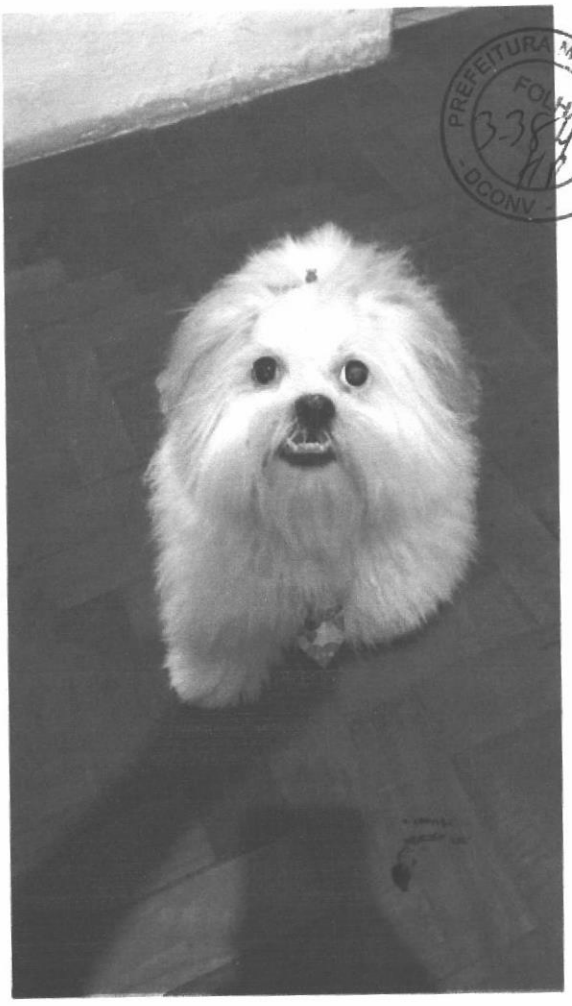
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS
FOLHA
383
- DCONV -



108



107



PREFEITURA M.
FOLHA
338
DCONV.

110



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3-785
-DCONV-

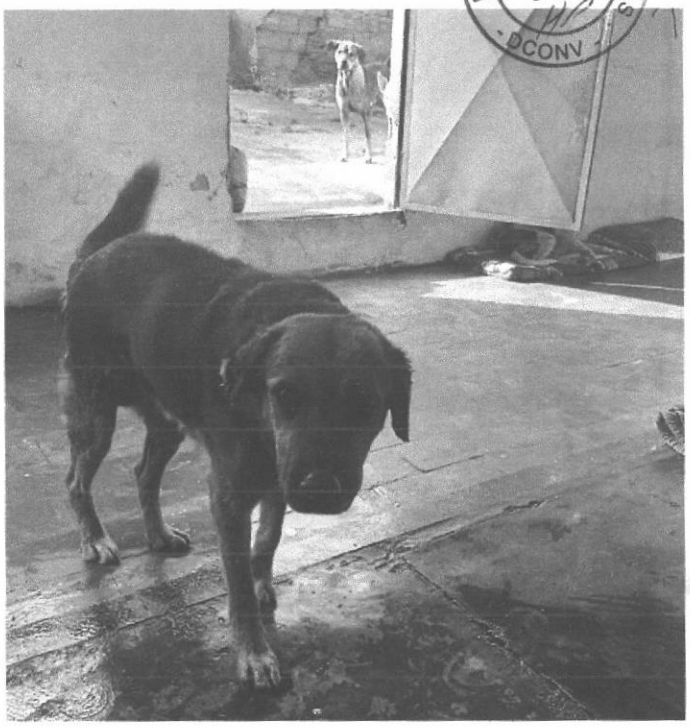


112



113

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3386
DCONV





PREFEITURA M CONGONHAS
FOLHA
3.38
DCONV



116



117

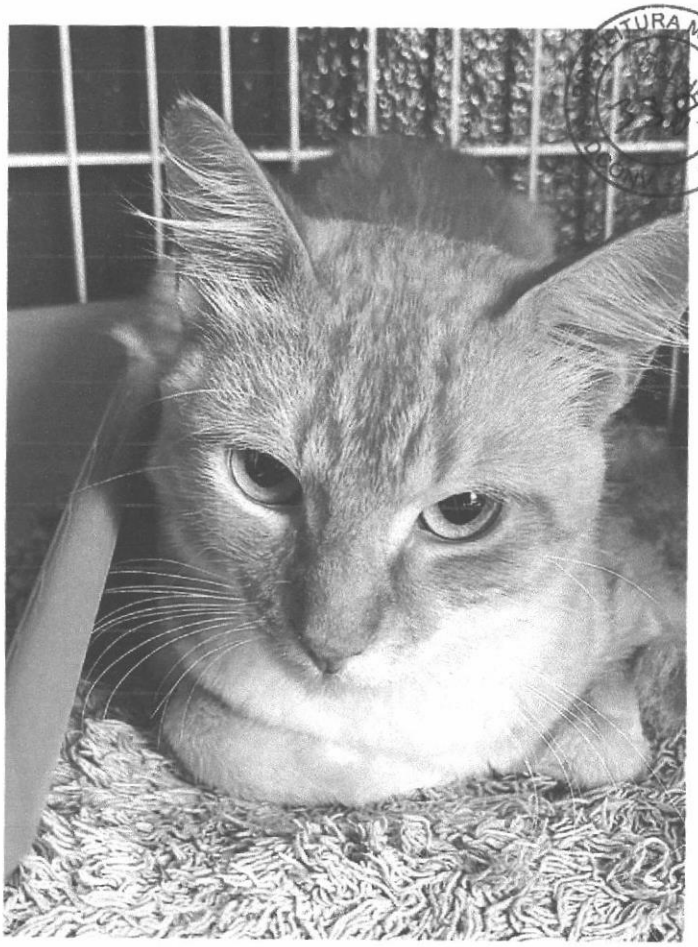
PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.388
- DCONV -



118



119



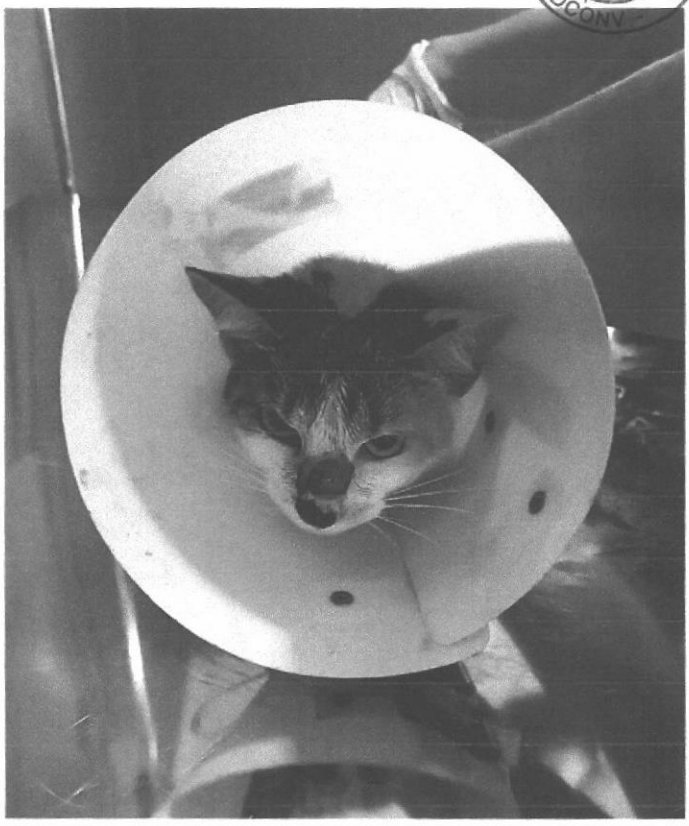
ATURA M. CONGONHAS

120



121

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.390
DCONV



122



124

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.397
- DCONV -

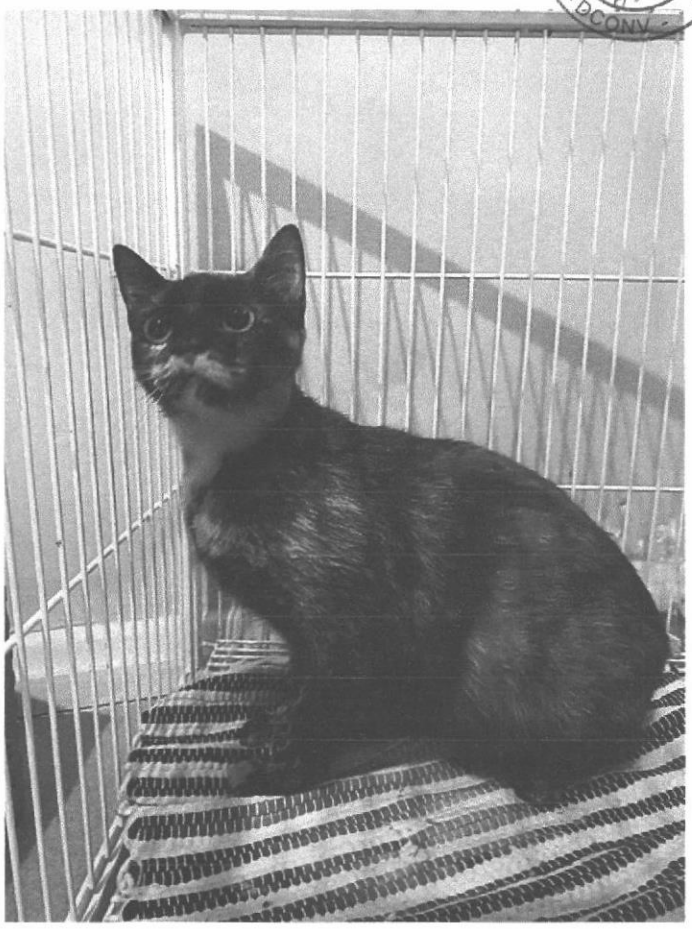


125



126

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.392
DCONV



128



PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3393
DCONV

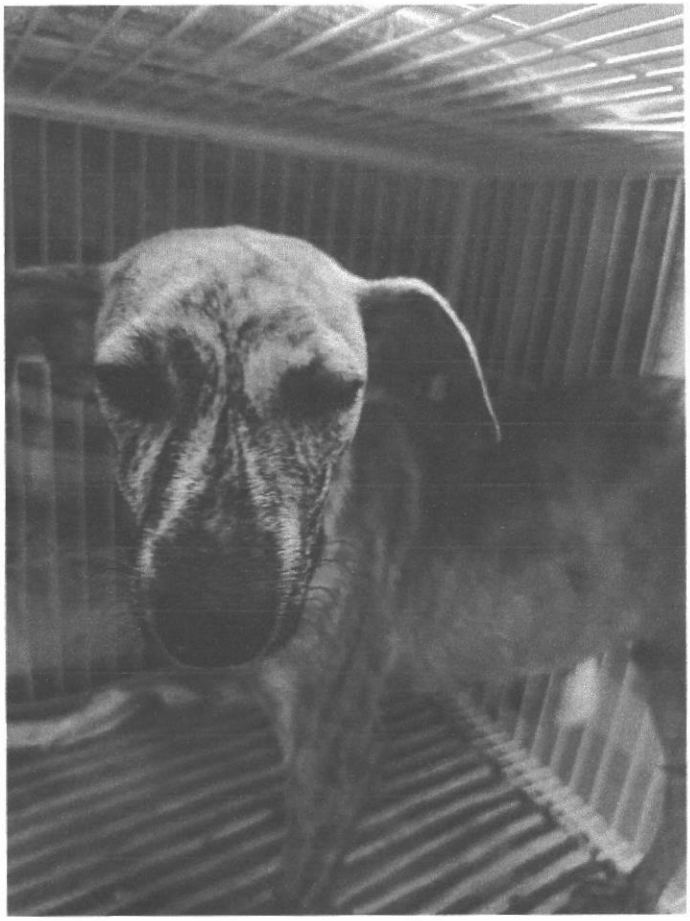


130



131

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3-399
- DCONV -



132

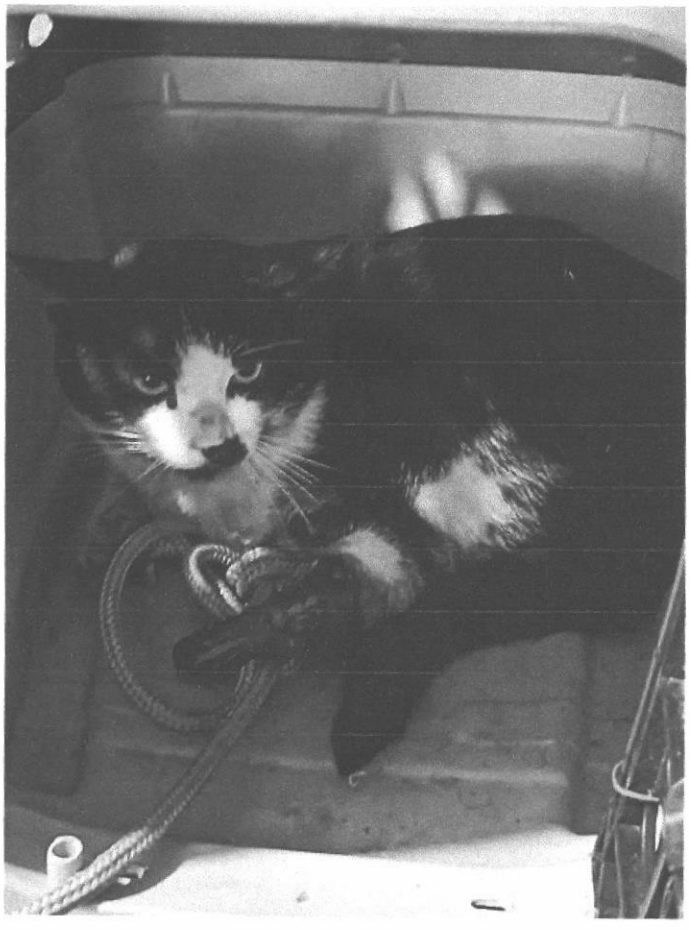


134

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.395
-DCONV-



135



136

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.396
- DCONV -



137



138

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.394
DCONV



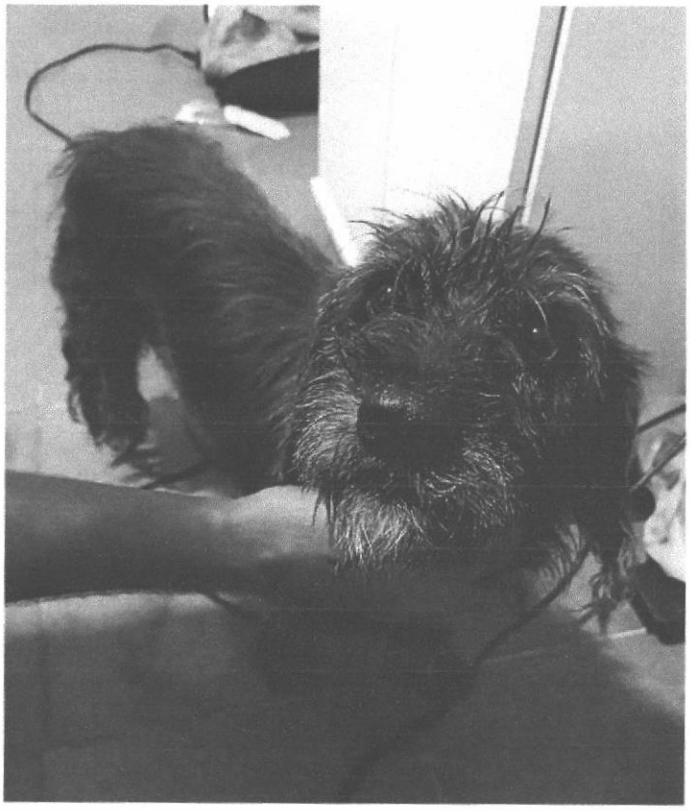
139



140



141



142

PREFEITURA
FOLHA
399
- DCONV -

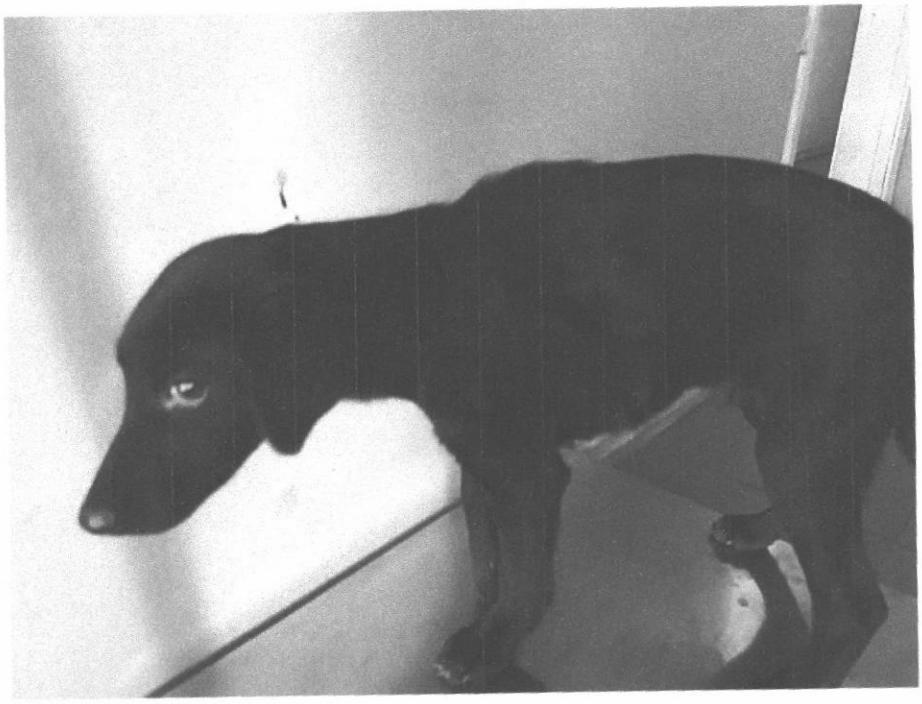


143

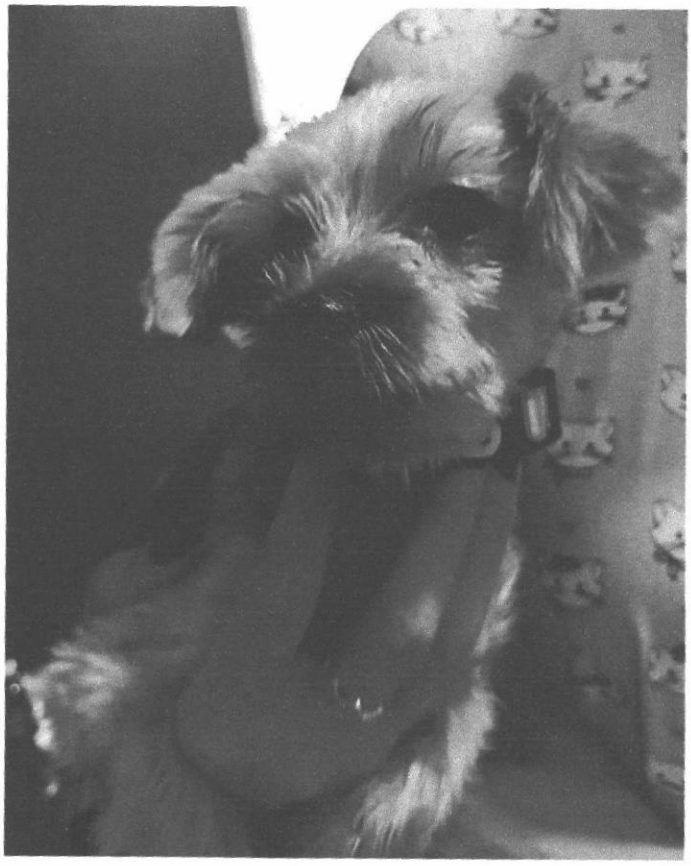


144

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.400
- DCONV -

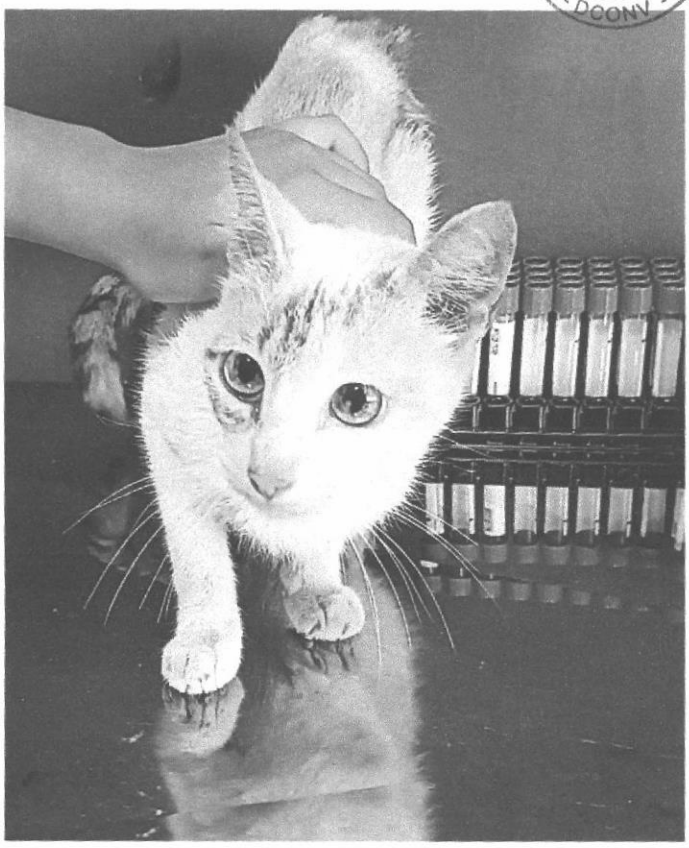


145

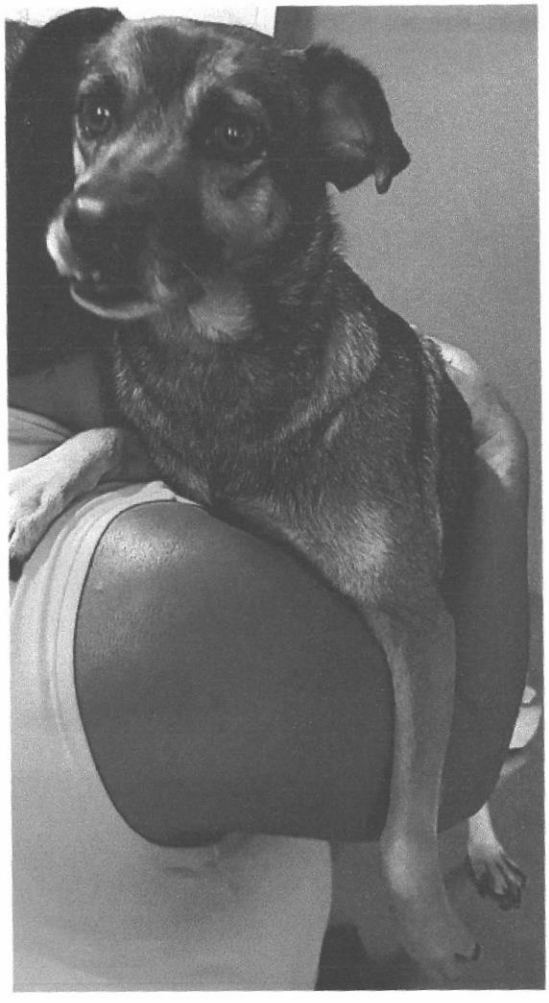


146

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.401
PE
DCONV



147

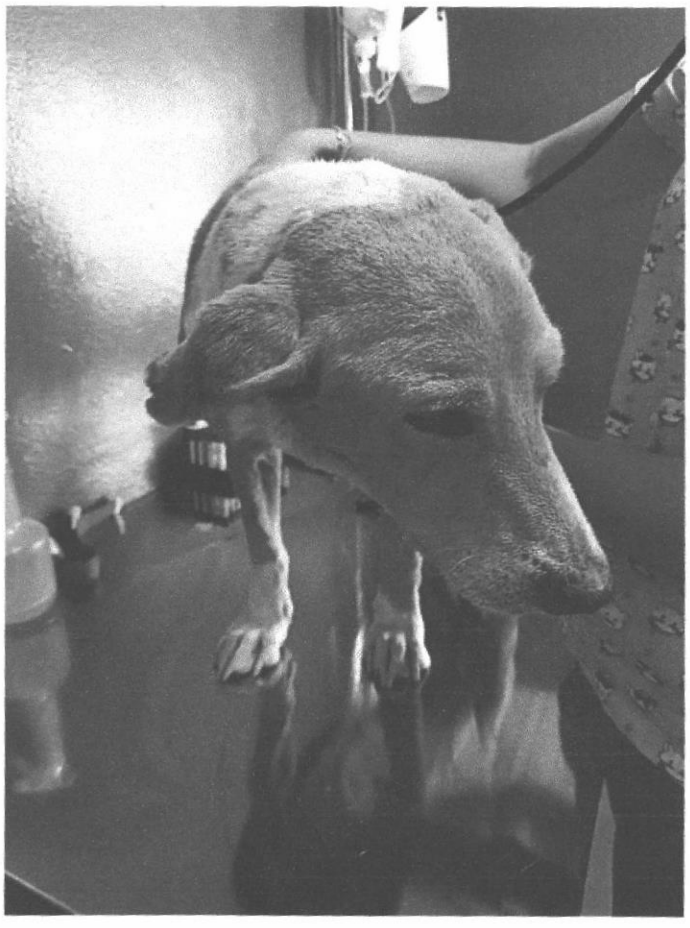


148

PREFEITURA DE SÃO PAULO
FOLHA
3.402
DCONV



149

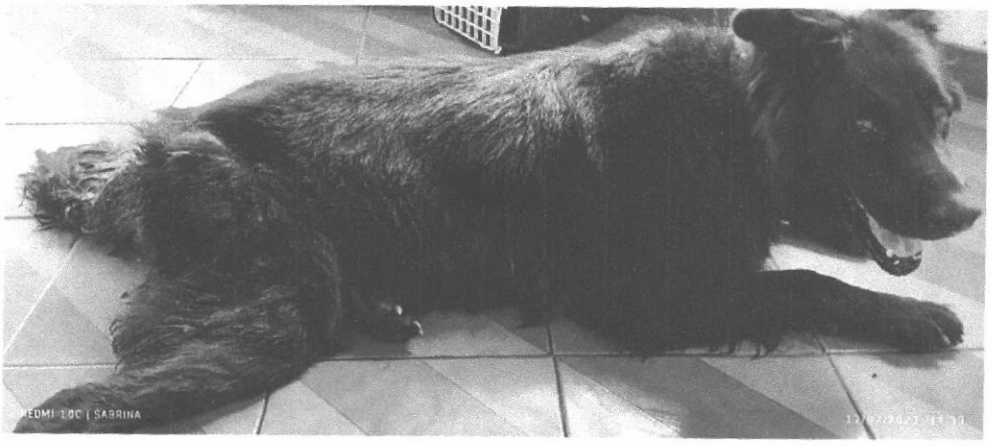


150

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.403
- DCONV -



151

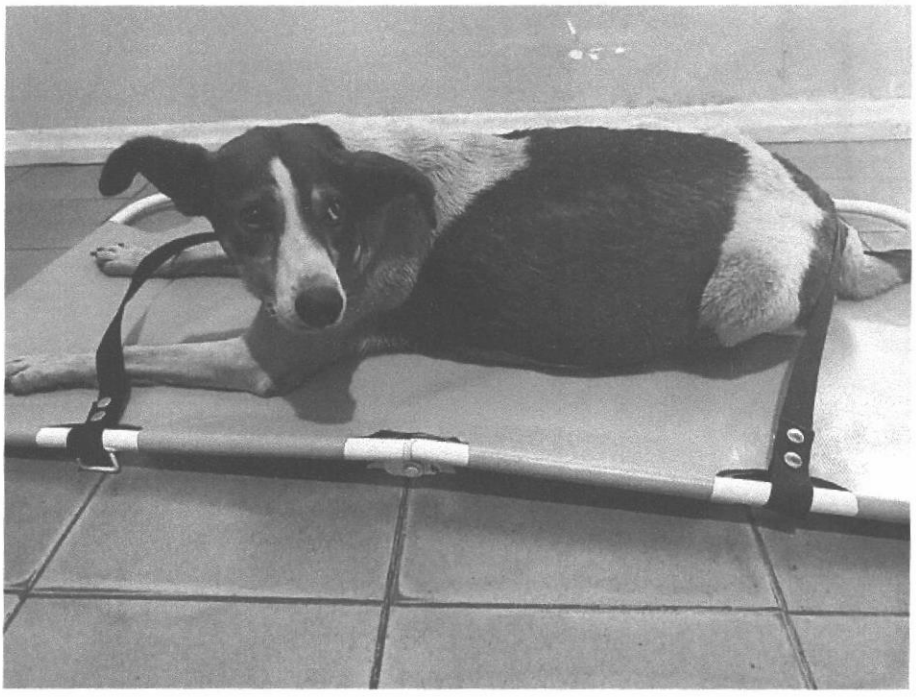


152

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.404
DCONV



153



154

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.405
- DCONV -

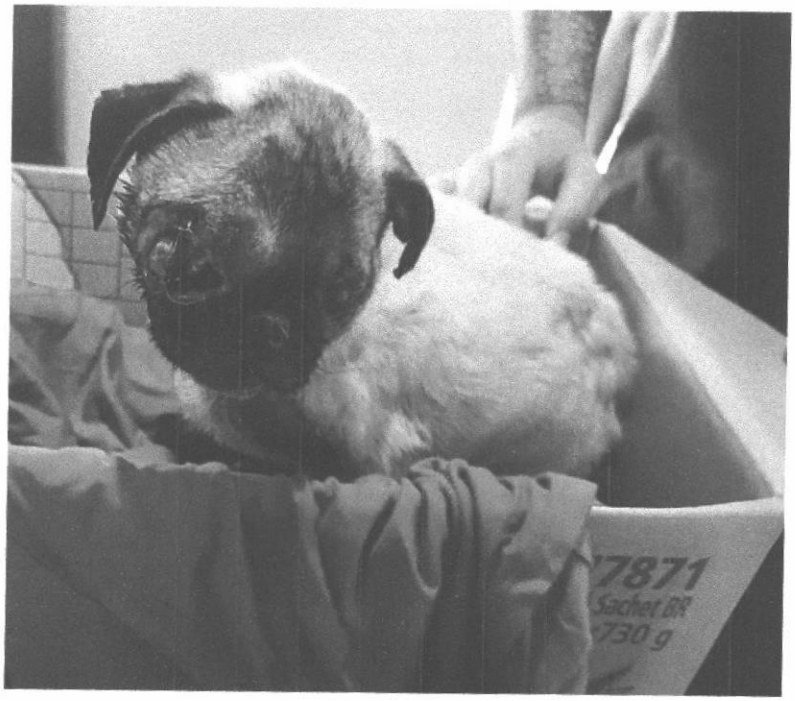


155



156

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.406
-DCONV-



157

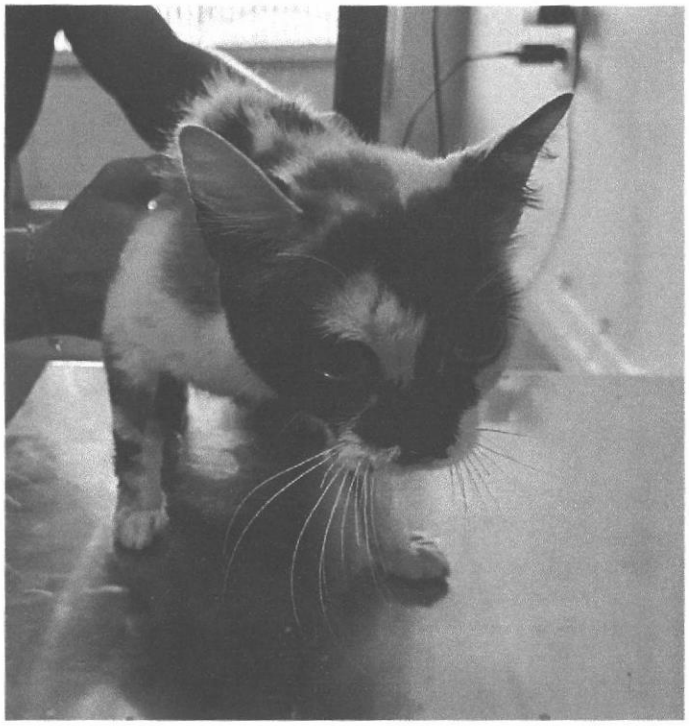


158

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.401
DCONV

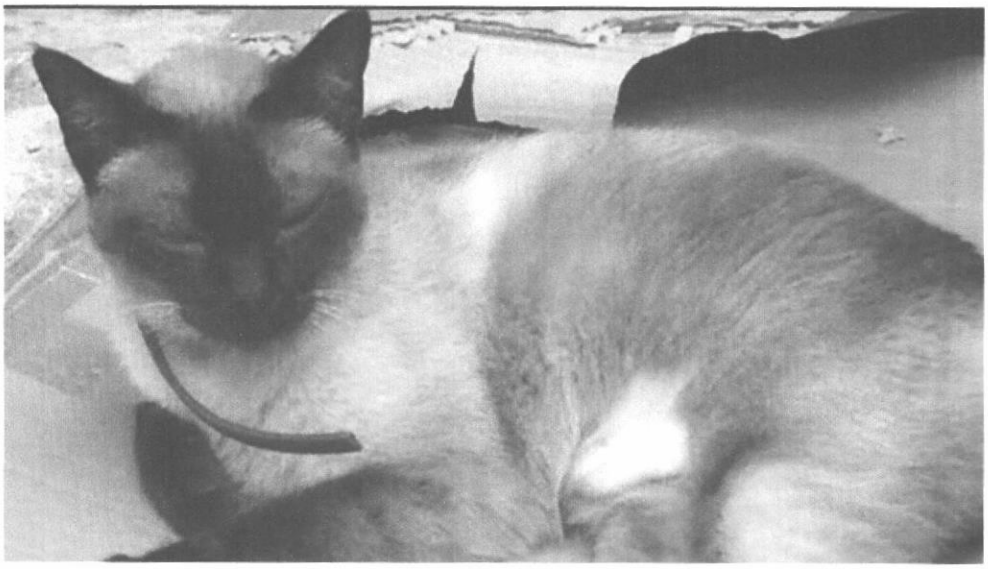


157



160

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.408
- DCONV -



161

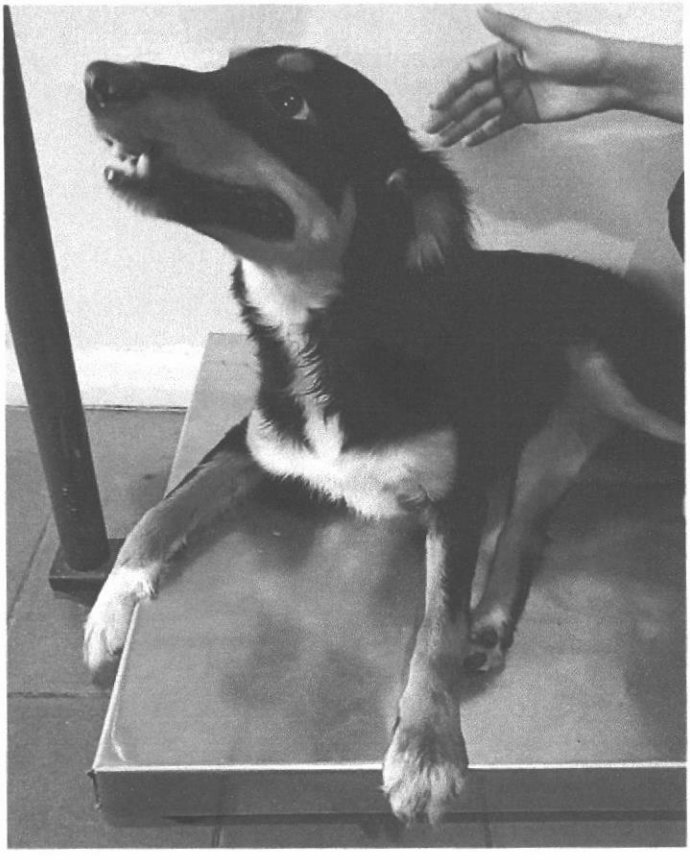


162

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.409
-DCONV-



163

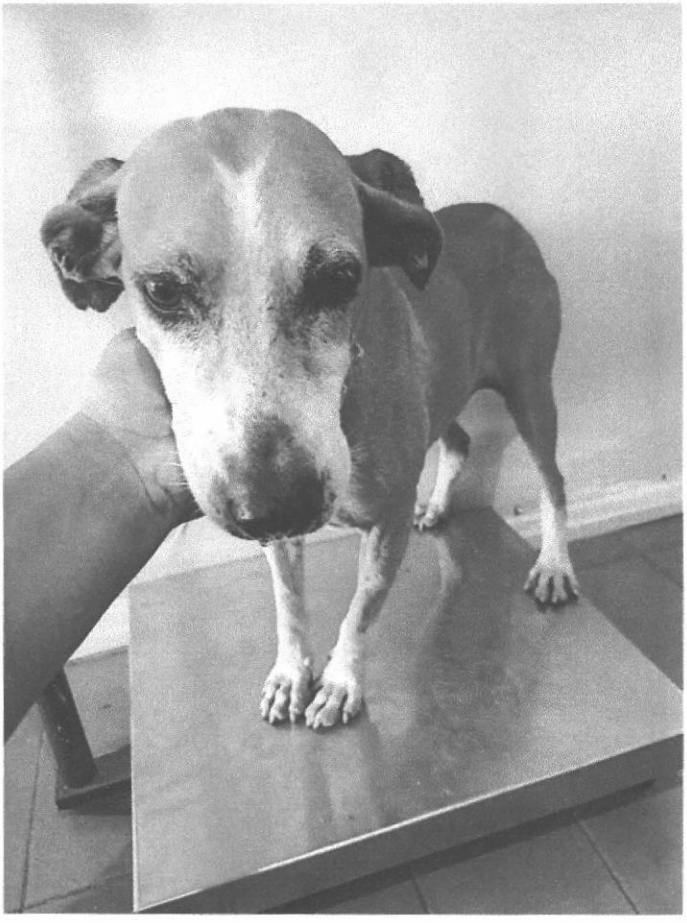


164

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.410
-DCONV-



165



166

FOLHA
3-411





167

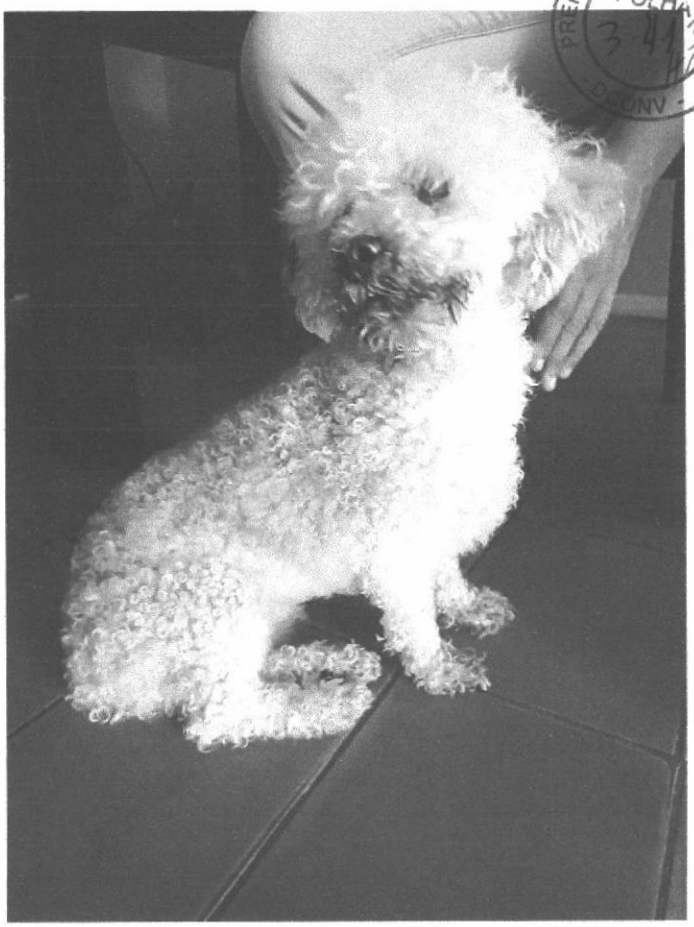
PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA
FOLHA
3.417
- DCONV -



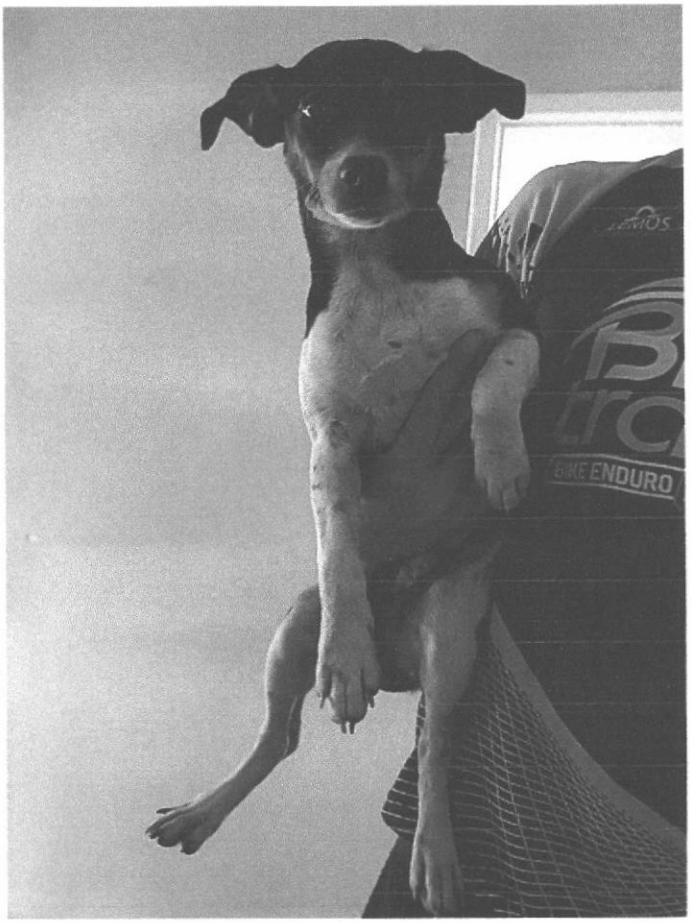
170



171



172

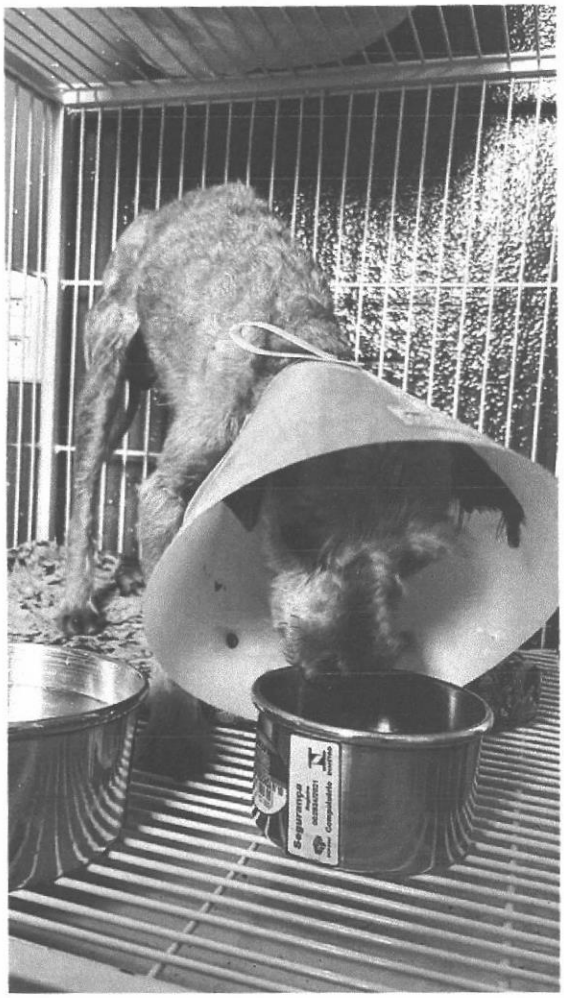


173

PREFEITURA FOLHA 3.414 -DCONV-



174



176

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.415 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 108/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bruta-Feira, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/09/2023
Nome do responsável pela captura: Gabriel Ruas Barbosa
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Coronel Joaquim 27 Rosário
Motivo do recolhimento: suspeita de leishmaniose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa Renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: suspeita de leishmaniose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 18.500, suspeita de leishmaniose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
02/09/23	Consulta + Protocolo de exames	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 01/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.416
DCONV

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o municipio de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 109/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Toby, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco, orelha queimadinha

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 01/09/2023
Nome do responsável pela captura: Ismael Vitor Santos Rodrigues.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Francisco Pedro Resende 191 Primavera
Motivo do recolhimento: Suspeita de sinomose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário baixa renda.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Suspeito de sinomose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 0,700g, Suspeito de sinomose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
01/09/23	consulta + pedido de exames	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)	
Amoxicilina 250mg 15ml	1 ml a cada 12hs	01/09/23 a 11/09/23	(10 dias
Dipirona pingvim 450mg	1/4 comprimido a cada	01/09/23 a 04/09/23	(3 dias
Apoquel 5,4	1/2 um a cada 12hs	01/09/23 a 09/09/23	(30 dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 01/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.411 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 110 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Dino, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Shih-Tzu
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/02/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Eduarda
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro
Motivo do recolhimento: Vivia nas ruas

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Propriedade Baixa renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Vivia nas ruas

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 5 kg, Vivia nas ruas

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/02/23	Consulta.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Tobramicina, fobra, colírio	1 gota a cada 6 hrs	09/02/23 a 17/02/23 (8 dias
Sol. Colírio 1 mg	1 gota a cada 6 hrs	09/02/23 a 17/02/23 (8 dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.418 HP - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 111 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rex, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto, focinho branco (salsichinha)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/09/2023
Nome do responsável pela captura: Mario de Jesus Candido
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Av Minas Gerais 150 Bom Pastor
Motivo do recolhimento: Encaminhado Serviço

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Dona Renata

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Encaminhado Serviço

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 7,0 kg, encaminhado Serviço

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/09/23	Consulta + Aplicação de Vitamina	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): De Volta para rua

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.419 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o municipio de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 112 12023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rex, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: tricolor, mancha preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanilda Pereira.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Antonia do Espirito Santo 33 Nova Congonhas
Motivo do recolhimento: Emagrecer, Idoso Uma vez.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa Renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Idoso uma vez.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 33 kg, Cirurgia de emagrecer, motivo: Idoso Uma vez

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/09/23	consulta + cirurgia de amputação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Amoxicilina + clavulanato		/ / a / / (dias
Tramadol 200 mg	1/2 comp a cada 12 hs	03/09/23 a 12/09/23 (10 dias
Dipirona 500 mg	1/2 comp a cada 12 hs	03/09/23 a 05/09/23 (3 dias
Cloridrato de Tramadol Tramal 50 mg		/ / a / / (dias
	1 comp a cada 12 hs	03/09/23 a 08/09/23 (5 dias
Meloxicam	1 comp a cada 24 hs	03/09/23 a 06/09/23 (3 dias
Ringer Lactato	aplicar sobre as	/ / a / / (dias
	pontas após a	/ / a / / (dias
	limpeza	/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.430 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 113 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Leo pudinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: poodle
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Branco (de mancha)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/09/2023
Nome do responsável pela captura: Maria
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Vereda
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário- bairro Vereda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atropelamento

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: —, Suspeito de fratura de pelve

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/09/23	consulta + pedido de raio x	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 03/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ao Volta para casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.421 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 114 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Boa Vinda, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto e marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila do canil
Motivo do recolhimento: Sangramento na orelha

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil da enf

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Sangramento na orelha.

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso:_____, Sangramento na orelha.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/09/23	Internação + pedido de PCR de medula para leishmaniose	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)	
Rimadil 75	2 gotas ao dia	03/09/23 a 05/09/23	(30 dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias
		__/__/__ a __/__/__	(___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 05/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Boa Vinda, para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.423 -DCONV-

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 115/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Wendy, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pug
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: marron e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/09/2023
Nome do responsável pela captura: Debora Elizangela Carvalho Castro
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Coronel Pedro 213 Bairro Santa Rita
Motivo do recolhimento: Preso à grade e o dono não saiu

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa renda

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Preso à grade e o dono não saiu

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 8,1kg Cirurgia "Castração"

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)	
Amoxicilina + Clavulanato de potássio Clavulin 500mg	1/2 comprimido de 12 em 12 horas	06/09/23 a 16/09/23	(10 dias)
Meloxicam 1 mg	1 comp a cada 24 hrs	06/09/23 a 09/09/23	(3 dias)
Dipirona 500mg	1/2 comp a cada 12 hrs	06/09/23 a 08/09/23	(5 dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)
		/ / a / /	(dias)

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 06/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): De volta para casa

Isabella Garcia Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso parcelas. Recebida pela PMC/SMS/DFVS em / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3 423 NO

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fom 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 116 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL P ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO P RESFONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Neguinha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta e marrom (Salsichinha)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 06/09/2023
Nome do responsável pela captura: Jati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Ponto de onibus proximo a papelaria
Motivo do recolhimento: ferida na perna

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: ferida na perna

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 16.1kg. ferida na perna

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
06/09/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)	
Amoxicilina + Clavulanato 500mg	1 comp de 12 em 12 hrs	06/09/23 a 13/09/23	(7 dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
Prednisolona 20mg	1 comp dia dia	06/09/23 a 11/09/23	(5 dias
Dipirona	30gts de 12 em 12	06/09/23 a 13/09/23	(7 dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias
		/ / a / /	(dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 07/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Lar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3424 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 117 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Antônio, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
Sexo: ( ) fêmea (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
Nome do responsável pela captura: Zoonose
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Antônio
Motivo do recolhimento: Suspeito de Leishmaniose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: (X) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Suspeito - de leishmaniose

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 6,0 kg. Suspeito - de leishmaniose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/09/23 a 13/09/23	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Dori	1/4 comp por dia	07/09/23 a 23/09/23 16 dias
Simpatan	10 gotas por dia	07/09/23 a 23/09/23 16 dias
Quersperm	3ml por dia	07/09/23 a 23/09/23 16 dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para a Zoonose

Rodolfo G. Arruda Monteiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela(s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.425 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 115 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL P ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO P RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Cuo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Universo
Motivo do recolhimento: Espera para castrar

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: espera para castrar

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 11 600, Castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)	
Ripicina	—	__/__/__ a __/__/__	( ) dias
Meloxicam 1mg	1 comp de 24 em 24h	01/09/23 a 30/09/23	(3) dias
Ripicina 200mg	1 comp a cada 12h	02/09/23 a 12/09/23	(5) dias
dimeticona + diclofenaco 50mg	1/2 comp a cada 12h	07/09/23 a 14/09/23	(7) dias
		__/__/__ a __/__/__	( ) dias
		__/__/__ a __/__/__	( ) dias
		__/__/__ a __/__/__	( ) dias
		__/__/__ a __/__/__	( ) dias
		__/__/__ a __/__/__	( ) dias
		__/__/__ a __/__/__	( ) dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Lar para o canil

Rosalilia Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - FOLHA 3.476 - DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 117/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Dite, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
Nome do responsável pela captura: Zezé
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Maximino
Motivo do recolhimento: Estava com fome

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Estava com fome

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 20.100 Estava com fome

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/09/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
—	—	—/—/— a —/—/— (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 07/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o local de origem

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3. 4/91 112 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela CSC PARC.

FICHA Nº: 120 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Fúria, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Tricolor e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil de cima

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 3,1kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Nimesu	1,9 em 1,9	07/09/23 a 10/09/23 (3 dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 07/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o canil

Isabella Prudente Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.428 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/20?1, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 121/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Stuart, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Rajado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
Nome do responsável pela captura: vendaria
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: (canil municipal ( ) rua Outro: canil de cong

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 3,3kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/09/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
dipirona cpts	de 12 em 12hr	07/09/23 a 10/09/23 (3 dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 07/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): ao lado

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela(s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.429 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 122/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Neon. Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Tricolor

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 03/02/2023
Nome do responsável pela captura: Vitoria Emili.
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua 9 Bom Jesus.
Motivo do recolhimento: Esporotricose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora. Bairro. Renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Esporotricose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 3.2kg Esporotricose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
03/02/23	Consulta.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 05/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa da tutora.

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV - FOLHA 3.430

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 123/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: canino, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 08/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): _____
Motivo do recolhimento: Retirada de espinhos de porco e castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Retirada de espinhos de porco e castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 19.000, Retirada de espinhos de porco e castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
08/09/23	Internação e castração cirurgia.	
09/08/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
	—	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): volta para a casa

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela(s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE I SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - FOLHA 3.431 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 124 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bilu, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Centro
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 29 kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): devolvido para o Bairro Centro

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

DEPTO. FISC. E VIGILANCIA EM SAUDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.437

PREFEITURA DE CONGONHAS - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 125 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Eyl, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/09/2023
Nome do responsável pela captura: Tati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Eyl Ferreira
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 11,9kg castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o ponto Eyl Ferreira.

Isabella Arruda Marques
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.433 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 126 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Teli, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/08/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Praia
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 15.5kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/08/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Alpiam	de 12 em 12 hs	09/08/23 a 12/08/23 (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/08/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para bairro Praia

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA MUN. CONGONHAS - FOLHA 3.434 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 127 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bruce, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pastor Alemão
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto e marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/02/2023
Nome do responsável pela captura: vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: canil de ong

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 32 Kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
09/02/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): volta pro canil

Rosabella G. Arruda Monteiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.435 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 128/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Vitória, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 30/09/2023
Nome do responsável pela captura: Sandro Lenir
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Mutinha
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor. Bairro Rendo.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 3,5kg. castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
30/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 30/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa do tutor

Isabella Arruda Martins
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela(s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.436 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 127/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Lindo caldeirão 1, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: caramelo de pelagem media

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/02/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Novo Congonhas
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 6,7 kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/02/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Divolta para a Novo Congonhas

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.437 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 130 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bonita Goldeira 2, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Branca de pêlo longo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/09/2023
Nome do responsável pela captura: Goldeira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Congonhas
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 6,3 kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/09/23	cirurgia de castração (X)	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Abrigo para animais Congonhas

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.438 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 13/120 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nina, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/02/2023
Nome do responsável pela captura: Vilma Aparecida
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Residencial
Motivo do recolhimento: Apresentando sarna

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Entregue pelo Tutor

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Apresentando sarna

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 7,6 Kg, Apresentando Sarna

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/02/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ir. Volta para Casa do Tutor

Isabella G. Arruda Monteiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.439 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 132/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nilo, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (✓) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/09/2023
Nome do responsável pela captura: Hugo
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Alvorada
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Bairro Renato.

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (x) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atropelamento

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: _____. Atropelamento

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/09/23	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 12/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para sua casa (tutor)

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS - FOLHA 3.440 - DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 133 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Marinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: pinscher, preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 10/09/2023
Nome do responsável pela captura: Rui
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Marinho
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 5kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
10/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 10/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o Marinho

Isabella G. Arruda Medeiros
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.441 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 134/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Antonia, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto, branco, marrom.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/09/2023
Nome do responsável pela captura: Geraldina Maria Costa
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Complemento Cristo Rei,
Motivo do recolhimento: Suspeito. Fora de cinomose.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Pedro Bairro Rendo.

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Suspeito. Fora de cinomose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 10,2 Kg Suspeito Fora de Cinomose

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
13/09/23	consulta e internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Abrigo para casa de Antonia

Natalia G. Miranda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3-449 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 135 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pequenina, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preta, anda encolhendo

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 13/09/2023
Nome do responsável pela captura: Jonatas
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Dib Cardoso
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atropelamento

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 5,0Kg, Atropelamento, perdeu o movimento dos membros traseiros

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
13/09/23	consulta + Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/_____
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): _____

Rodolfo G. Arruda Martins
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.443 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 136/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Gatão Vasconcelos, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Vasconcelos
Motivo do recolhimento: Bicheira na pata

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Bicheira na pata

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 3,6kg, bicheira na pata e amputação de membro

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	Limpeza e curativo da amputação do membro	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): _____

Isabella Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.444 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 137 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Princesa, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preta, manchinha

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Congonhas
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 16.8kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
14/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 14/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvida para o Novo Congonhas

Aurélia G. Pereira dos Santos
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONG... FOLHA 3.445 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 138/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Tubarão, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo com branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/09/2023
Nome do responsável pela captura: Zezé
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Tubarão
Motivo do recolhimento: Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atropelamento

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: ——, Atropelamento, Veio a óbito

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
14/09/23	Consulta e internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 20/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Veio a óbito

Isabella G. Miranda Marciano
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.446 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fom 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 137/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Duda, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/02/2023
Nome do responsável pela captura: Kaio
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil da ong

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 9,3 kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitati
14/02/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 14/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta pro canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - FOLHA 3.447 - DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 140 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Spike, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marron com branco uma pata

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/08/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: , canil municipal , rua Outro: canil do org

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 15,5kg castrado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
15/08/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 15/08/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): devolvido para o canil

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___ / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.446 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fom 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 171 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Andrezinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/09/2023
Nome do responsável pela captura: Sasi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil do ong

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 9,9 kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
15/09/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 15/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.449 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 142 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pitucha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/09/2023
Nome do responsável pela captura: Tati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Maravalha
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 10 kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
15/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 15/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para o local de Resgate

Isabella G. Miranda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __ / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BASICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.450 RUBRICA

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fom 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 113 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Filhote, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco e marrom

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/02/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Veio do canil
Motivo do recolhimento: Parvoveirose

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: canil do ong

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Parvoveirose

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: —, Parvoveirose.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	Consulta + Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.451 - DCONV. -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 111/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bob, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto pelo e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/09/2023
Nome do responsável pela captura: Cristiane Souza
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Alto Maranhão
Motivo do recolhimento: Deslocamento de Mandibula

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doou vendo

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Deslocamento de mandibula

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 14.7Kg Deslocamento de Mandibula

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
16/09/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Tramal Premium 100mg Tramadol	1 comp de 12 em 12 horas	__/__/__ a __/__/__ (— dias
Maxipiroxa 500mg	1 comp a cada 12 hrs	__/__/__ a __/__/__ (— dias
		16/09/23 a 21/09/23 (5 dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias
		__/__/__ a __/__/__ (— dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 16/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para casa do tutor.

Isabella Gonçalves Monteiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (todas as parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.452 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 145/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Joaquinho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 16/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): _____
Motivo do recolhimento: Fratura de Rádio e ulna.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Fratura de Rádio e ulna.

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 6,9Kg, Fratura de Rádio e Ulna.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	consulta + internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
—	—	__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): ___/___/___
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): _____

Anabella Z. Andrade Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.453 CONG

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fom 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (*animal sem proprietário definido e único*) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 146 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Tody, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: York filhote

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/09/2023
Nome do responsável pela captura: Daiane Francisco
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Tropical
Motivo do recolhimento: Infecção gastro intestinal

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa renda.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Infecção gastro intestinal

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 2,2kg. Infecção gastro intestinal.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/09/23	Consulta.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta pro lar do tutor

Rosabella G. Fonseca Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS - FOLHA 3.454 - DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriz realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 177/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Clara, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/02/2023
Nome do responsável pela captura: Ana Luiza
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Pereira
Motivo do recolhimento: Ferida

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário baixa renda.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferida

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 2,8 kg, Ferida, Mps Caseira

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/02/23	Consulta + Cirurgia Ferida	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Amoxicilina + clavulanato	1/4 comp de 12 em 12	17/02/23 a 27/02/23 (10 dias
Dipirona 500mg/ml	3 gotas a cada 12 hs	17/02/23 a 22/02/23 (5 dias
Meloxicam 0,2 mg/g	1 ml a cada 24 hs	17/02/23 a 20/02/23 (3 dias
Cicatrizan pet 1,25 ml	2 ml a cada 12 hs	17/02/23 a 27/02/23 (10 dias
Dexametasona 10 mg/ml	aplicar 2 x ao dia	17/02/23 a -/-/- (- dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ir para casa para cuidados do tutora

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.455 - DCONV - PREFEITURA DE CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 118 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Tito, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Marrom e preto

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/08/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Ana da Rocha
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Lucas Monteiro
Motivo do recolhimento: Tumor na mama

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Via de baixo urubu

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: _____

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 11,5 kg. Tumor na mama

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/08/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): _____

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.456 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 119/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Preninha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/09/2023
Nome do responsável pela captura: CCZ
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): CCZ
Motivo do recolhimento: Ferida no pescoço

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: (X) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferida no pescoço

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 21,7 kg. Ferida no pescoço

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
	Consulta + Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 1 -
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para local de resgate

Isabella J. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (se parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. DE CONGONHAS FOLHA 3.451 -DCONV-

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 150 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Malhado, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/09/2023
Nome do responsável pela captura: Wanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Novo Piedade
Motivo do recolhimento: Foi quimioterapia e veio com diarreia.

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Foi quimioterapia e veio com diarreia

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 15kg. Foi quimioterapia e veio com diarreia.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/09/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o local de Resgate

Isabella G. Amadeu Martins
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE I SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.458 - DCONV - PREFEITURA CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realizaçã o de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021 firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 15 / 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nina, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco pelúcia

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/09/2023
Nome do responsável pela captura: Jadiel e Evelin
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Roberto
Motivo do recolhimento: Retirada de espinho de ouriço roubado

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Retirada Bairro Jardim

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (x) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Retirada de espinho de ouriço roubado

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 23,0Kg. Retirada de espinho de ouriço roubado

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ida Volta para casa de cuidar

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.459 CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 152 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Morena, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Preto, Ribeirão, grande

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/02/2023
Nome do responsável pela captura: Toti
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): _____
Motivo do recolhimento: Idoso

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: _____

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: _____, Idoso, urina e cinta Uso dia seguinte.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
17/02/23	Eutanásia	
18/02/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 18/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Uso o óbito

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.460 -DCONV-

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 153 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Dudu, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo, pardinho

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/02/2023
Nome do responsável pela captura: José Marcio Pereira
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro Rio
Motivo do recolhimento: Vitima Atropelamento

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Boia verde.

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (x) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Vitima Atropelamento

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 7,9kg. Vitima Atropelamento

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/02/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
Retirar ficha 1 img	Tomar uma vez ao dia. Pelo 5 dias	23/02/23 a 03/03/23 (10 dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23 / 02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para sua casa com tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. DE CONGONHAS FOLHA 3.461 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 154/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL P ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO P RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Tina, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e Branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/09/2023
Nome do responsável pela captura: Wagner Rodolino Bernardes
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Piraí
Motivo do recolhimento: gestante com complicação

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Bairro Jardim

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: gestante com complicação

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: —, gestante com complicação

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/09/23	consulta + Pedido de internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvida para casa do tutor

Isabella G. Arruda Barbosa
Assinatura do Médico veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.462 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhadas pela OSC PARC.

FICHA Nº: 155/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Koko. Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Caramelo, Puro

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro é Varjão
Motivo do recolhimento: Ferida na pata

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferido na pata

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/quadro geral do animal: Peso: 25 Kg. Ferida na pata.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/09/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias
		___/___/___ a ___/___/___ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Voltar para o local de resgate

Isabella G. Arruda Monteiro
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.467 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 156/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Nicky, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: _____

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 23/02/2023
Nome do responsável pela captura: Vanessa Silva Soles
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Bispo
Motivo do recolhimento: Cortes e feridas

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Bairro Jardim

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Cortes e feridas

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso:_____, Cortes e feridas, pedido via Plantão

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
23/02/23	Consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 23/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ir Volta Para Casa do Tutor

Isabella Amanda Martins
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.464 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 157/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Julieta, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Pug
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes:

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 04/09/2023
Nome do responsável pela captura: Jessica Reis
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Mercado
Motivo do recolhimento: Multiplas lesões, pústulas e Miíase Grave

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora do bairro vizinho

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Multiplas lesões, pústulas e Miíase grave

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 4,2kg. Multiplas lesões, pústulas e Miíase Grave

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
25/09/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 29/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vai voltar para casa da tutora.

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.465 H.D. DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 15 / 2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Heinoi, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco, olho furado

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 24/09/2023
Nome do responsável pela captura: Veterinária Rachel
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Vila São Vicente
Motivo do recolhimento: Atrito, língua perdida

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Atrito e língua perdida

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: ——, Atrito e língua perdida, veio a obito ums Uma hora dps.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
24/09/23	Internação	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Mipavil	1 dose	-/-/- a -/-/- (- dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 24/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Veio a obito em 24/09/23

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___ / /

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.469 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon *animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único)* e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 157/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rutto, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto grande, coleira no pescoço

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 24/09/2023
Nome do responsável pela captura: Bruno Cosme
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Residencial
Motivo do recolhimento: Apatico e com febre

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor (Bairro Ponta

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Apatico e com febre

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 17,9 kg (Apatico e com febre

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
24/09/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 24/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa do tutor

Isabella G. Souza Martins
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 467 PREFEITURA DE CONGONHAS DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 160/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Princesa, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco e bege (pescoço tricolor)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/09/2023
Nome do responsável pela captura: Ruiton
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Rio
Motivo do recolhimento: Cirurgia

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Dairo Renata

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 9,6kg, Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Cefalexina	de 12 em 12 hs	27/09/23 a 29/09/23 (10 dias
Meloxicam	de 12 em 12 hs	27/09/23 a / / (3 dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Lar Temp. para casa do tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela(s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.468 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 16/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL P ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO P RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Bianco, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Branco e Bege (Meio bege)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 27/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vivian
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Emílio Ri
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor bairro Ipiranga

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/qu geral do animal: Peso: 2.6 kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
27/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 27/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para casa do tutor

Isabella G. Almeida Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em __/__/__

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.469 MD DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 162/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Pantera, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto (completo)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 22/09/2023
Nome do responsável pela captura: Milton
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Cristo Rei
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor baixa renda

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 2,5kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
22/09/23	cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 22/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o local de onde foi retirado.

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS FOLHA 3.490 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 163/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Preninha, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preta

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/08/2023
Nome do responsável pela captura: Taxi
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Centro
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 12,2kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
28/08/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
Cefalexina		28/08/23 a 10/09/23 (10 dias
Dipirona		28/08/23 a 03/09/23 (3 dias
Meloxicam		28/08/23 a 03/09/23 (3 dias
Ivermectina	Aplicar 2 ao dia.	-/-/- a -/-/- (- dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/08/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Liberado para o local de resgate

Isabella Fernanda Martins
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3471 40 DCONV PREFEITURA

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realiz ação de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 164/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Ondula, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Tricolor, preto, amarelo e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/09/2023
Nome do responsável pela captura: Jati
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua do canil
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: (canil municipal ( ) rua Outro: canil do org

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral d o animal: Peso: 10,3 kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
28/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o canil

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcela s). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.409 - DCONV -

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 165 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Rebeca, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / (X) longa.
Cor e características marcantes: Branca, peluda com manchas marron.

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/09/2023
Nome do responsável pela captura: Toti
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Boa Vista.
Motivo do recolhimento: Castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 7.8 kg, Castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
28/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para o Bairro Boa Vista

Marcella Arruda Martins
Assinatura do Médico Veterinário

_____
Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ____/____/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA DE CONGONHAS – FOLHA 3.493 – DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 166 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Amarela, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: SRD
Sexo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / ( ) médio / (X) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: caramelo (com tumor)

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/09/2023
Nome do responsável pela captura: Taci
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): CCZ
Motivo do recolhimento: castração

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: (X) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: castração

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: 19.5kg castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
28/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Canil

Natalia G. Amorim Tomaz
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.494 DCONV

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 003/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

FICHA Nº: 167 /2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

1- Nome do animal: Fuáfua, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Cor e características marcantes: Preto e branco

2- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 28/03/2023
Nome do responsável pela captura: Maria Geralina Mendes
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Boa Vista
Motivo do recolhimento: Ferido na pata

3- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Proprietário Baixa Renda

4- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Ferida na pata

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLINICA / MEDICO VETERINARIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q geral do animal: Peso: —, Ferida na pata

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
28/03/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do inicio do tratamento e data final tratamento)
—	—	—/—/— a —/—/— (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias
		__/__/__ a __/__/__ (dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 28/03/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para a casa do tutor

Isabella G. Arruda Marques
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA M. CONGONHAS FOLHA 3.435 DCONV

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

cha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 13/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon imais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh ela OSC PARC.

CHA Nº: 169 /20 23

IENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I NCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Pintada, Espécie: ( ) cão / (X) gato, Raça: SRD
exo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Amarelo e preto

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
ome do responsável pela captura: Voluntário queiroz Teixeira
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Bairro Lamounier
lotivo do recolhimento: castração

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Doido Teixeira

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q
eral do animal: Peso: - castração

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantitat
07/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 07/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ida para casa do tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONGONHAS FOLHA 3.476 DCONV

cha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 03/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon timais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh pela OSC PARC.

CHA Nº: 170/2023

DENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL E NCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO E ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Luana (cão), Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Poodle
exo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto e branco

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 09/09/2023
ome do responsável pela captura: Zoi
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Penha
otivo do recolhimento: castração

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro:

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
otivo do encaminhamento: castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q
eral do animal: Peso: 8kg castração

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
09/09/23	Cirurgia de castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data de finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 09/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Retorno para local de resgate

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

FOLHA 3.455 HP - DCONV - PREFEITURA ... CONGONHAS

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 13/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses animais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pela OSC PARC.

FICHA Nº: 171/2023

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Mico, Espécie: (——) cão / (——) gato, Raça: Mico
Sexo: (-) fêmea / (—) macho, Porte: (—) pequeno / (—) médio / (—) grande, Pelagem: (—) curta / (—) longa.
Cor e características marcantes: macho com pinta branca na testa

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 14/02/2023
Nome do responsável pela captura: Dra Rachel
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): Casa da Pedra
Motivo do recolhimento: Desprezado

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Motivo do encaminhamento: Desprezado

_____
Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/geral do animal: Peso: _____ Desprezado, Leva o abrigo na mesma hora de entrada.

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
14/02/23	Internação	
14/02/23		

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias
		__/__/__ a __/__/__ (___ dias

3- Data de finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 14/02/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Vivo e obito em 14/09/23

Isabella G. T. Barbosa
Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurso (parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.498
HD
DCONV

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

ha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 13/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon nimais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh ela OSC PARC.

CHA Nº: 172 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I NCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Mel, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Poodle
exo: (X) fêmea / ( ) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: ( ) curta / (X) longa.
or e características marcantes: Branca

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/09/2023
ome do responsável pela captura: Rosa
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Jardim Paineiras
otivo do recolhimento: Mordeu na boca e extração de um dente

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutora do canil

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
otivo do encaminhamento: Mordeu na boca e extração de um dente

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q
eral do animal: Peso: 7,6kg, Mordeu na boca e extração de um dente

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
15/09/23	Consulta + cirurgia de extração de um dente.	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 15/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Devolvido para casa da Tutora

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.479
DCONV

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

cha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 13/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon imais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh ela OSC PARC.

CHA Nº: 173 /2023

DENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I NCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Bob. Espécie: (X) cão / ( ) gato. Raça: SRD
exo: ( ) fêmea / (X) macho. Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande. Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 15/09/2023
ome do responsável pela captura: Bolinha
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Rico
lotivo do recolhimento: Castração

- Procedência do animal: ( ) canil municipal ( ) rua Outro: Tutor Dona Lenda

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
otivo do encaminhamento: Castração

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q
eral do animal: Peso: 6.6 Kg. Saudável

- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
15/09/23	Cirurgia de Castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias
		__/__/__ a __/__/__ (__ dias

3- Data da finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 15/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Volta para casa do Tutor

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/___

PREFEITURA M. CONGONHAS
FOLHA
3.480
- DCONV -

PREFEITURA DE CONGONHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. FISC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

cha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pela PARC. OBS: Será autoriza alização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fon 03/2021, firmado entre a PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoon imais exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminh ela OSC PARC.

CHA Nº: 174 /20 23

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL I NCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO I ESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S).

- Nome do animal: Nego, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: _____
exo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: ( ) pequeno / (X) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
or e características marcantes: Preto

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 17/09/2023
ome do responsável pela captura: Vanderlei - Tatiane
ocal do recolhimento (nome da rua e bairro): Rua Maria da Cruz dos Santos
lotivo do recolhimento: Apresentando convulsões

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses ( ) OSC PARC
lotivo do encaminhamento: Apresentando convulsões

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/q
eral do animal: Peso: _____, Bom estado geral

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
17/09/23	consulta	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias
		/ / a / / (dias

3- Data de finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 17/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): Ele volta para local de resgate

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente da PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DFVS até 30 dias após o recebimento de cada parcela de recurs parcelas). Recebida pela PMC/SMS/DFVS em ___/___/_____

PREFEITURA DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
FOLHA
3.481
DCONV

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA
DEPTO. PROC. E VIGILÂNCIA EM SAÚDE / SETOR DE ZOONOSES

Ficha de identificação de animal encaminhado para procedimento veterinário no CCA pelo PARC. OBS: Será autorizada realização de procedimento(s) veterinário(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc) com os recursos do Termo de Fomento 13/2021, firmado entre o PARC e o município de Congonhas, apenas para animais encaminhados pelo setor de Zoonoses e/ou exclusivamente de rua (animal sem proprietário definido e único) e animais de pessoas de baixa renda encaminhados pelo OSC PARC.

FICHA Nº: 176 / 2022

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL (ANEXAR FOTO CORPO INTEIRO, COLORIDA, DO ANIMAL) E DO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO ANIMAL PARA PROCEDIMENTO VETERINÁRIO. ESTE CAMPO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO RESPONSÁVEL PELO ENVIO DO ANIMAL PARA A REALIZAÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) VETERINÁRIO(S)

- Nome do animal: Rancho, Espécie: (X) cão / ( ) gato, Raça: Rodhi
Sexo: ( ) fêmea / (X) macho, Porte: (X) pequeno / ( ) médio / ( ) grande, Pelagem: (X) curta / ( ) longa.
Outras características marcantes: cinza

- Dados sobre a captura do animal: Data do recolhimento: 07/09/2023
Nome do responsável pela captura: Vanderlei
Local do recolhimento (nome da rua e bairro): CCA
Motivo do recolhimento: castração

- Procedência do animal: ( ) canil municipal (X) rua Outro: _____

- Responsável pelo encaminhamento do animal para procedimento veterinário: ( ) Setor de Zoonoses (X) OSC PARC
Nome do encaminhamento: Se encontrava em tratamento no CCA
desde o dia 19/12/22, castração em 07/09/23

Assinatura do responsável pelo envio do animal para procedimento veterinário

CLÍNICA / MÉDICO VETERINÁRIO

1- Avaliação do animal pelo médico veterinário responsável pela realização dos procedimentos veterinários: Sintomas/queixa do animal: Peso: 7 Kg, castração

2- Lista dos procedimentos e medicamentos utilizados.

Data do procedimento	Descrição do(s) procedimento(s) realizado(s) (consulta, internação, cirurgia, exame, etc)	Quantidade
07/09/23	castração	

Medicamento(s) prescrito(s)	Dose	Número de dias de tratamento (data do início do tratamento e data final tratamento)
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias
		/ / a / / ( ) dias

3- Data de finalização do(s) procedimento(s) realizado(s): 07/09/23
4- Local onde o animal permanecerá durante o(s) procedimento(s) realizado(s): CCA
5- Destino do animal após o(s) procedimento(s) realizado(s): foi entregue

Assinatura do Médico Veterinário

Assinatura do Presidente do PARC / carimbo

OBSERVAÇÃO: Esta ficha deverá ser entregue ao DPVS até 20 dias após o recebimento de cada parcela de repasse (12 meses). Recebido pela PMCS/SMS/DPVS em ___/___/___

003482

COORDENAÇÃO DO PROTOCOLO

Processo: PMC/Nº/9074-005/2021

Requerente: SEPLAN DIRETORIA DE CONVÊNIOS

Solicitação: CONVÊNIO/ASSOCIAÇÃO PROTETORES DOS ANIMAIS DE RUA

TERMO DE ENCERRAMENTO DE VOLUME

Certifico que, nesta data, foi procedido encerramento do volume V do Processo Administrativo descrito acima, numerado da Folha Nº 2916 à folha Nº 3482 .

Congonhas, 09 DE NOVEMBRO de 2023.

Nome: MARIA BEATRIZ GABRIEL LIMA SANTANA

Cargo/Função: ASSESSOR

Matrícula Nº.: 20144236